

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

284

Année 1907

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue le jeudi 30 mai 1907, à 1 heure

PAR
M. MOREAU

DE LA
STOMATORRHAGIE

Président : M. Albert ROBIN, *Professeur*

Juges : { MM. DIEULAFOY, *Professeur*
GILBERT, *professeur*
RÉNON, *Agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1907

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM
Anatomie.	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Parasitologie. Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND
Thérapeutique.	G. POUCHET
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	HAYEM
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	JOFFROY
	RAYMOND
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER
	BERGER
	RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPARSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM	MM
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGUEU	RENON
BESANÇON	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des trav. anat.
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBÉ	MERY	Vaquez
GUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Année 1907

N°

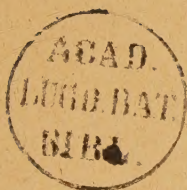
THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 mai 1907, à 1 heure

PAR

M. MOREAU

DE LA
STOMATORRHAGIE



Président : M. Albert ROBIN, *Professeur*

Juges : { MM. DIEULAFOY, *Professeur*
GILBERT, *professeur*
RÉNON, *Agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1907

A MA GRAND'MÈRE

AUX MIENS

A MES COUSINS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR A. ROBIN

Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A NOTRE COUSIN

LE DOCTEUR CHOMPRET

Dentiste des hôpitaux

AVANT PROPOS

Conformément à une vieille et excellente tradition à laquelle l'obéissance est pour nous un véritable plaisir, nous profitons du jour où nous quittons la vie d'étudiant pour remercier tous ceux qui guidèrent nos pas pendant nos études médicales.

Tout d'abord, nous sommes heureux de placer en tête de ce travail, le nom de notre cousin le D^r CHOMPRET, dentiste des hôpitaux, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse inaugurale. Non seulement pour mener à bien ce travail, il nous aida de sa science et de ses conseils autorisés ; mais il nous facilita notre tâche dans nos longues recherches et se mit à notre entière disposition avec la complaisance et l'affabilité qu'il nous a sans cesse témoignées durant tout le cours de nos études à Paris et dont nous lui serons toujours reconnaissant.

Nous gardons un excellent souvenir de nos années passées à l'école de Dijon qui fut le berceau de nos études et c'est à ces premiers maîtres, qui ont fait en partie notre éducation médicale que s'adresseront d'abord nos remerciements.

Nous n'oublierons jamais l'affabilité et la bienveillance toute paternelle avec laquelle M. le D^r CORTIN nous a reçu dans son service, nous avons puisé autour de lui, les premières notions de la chirurgie et recueilli de sages conseils pratiques dont nous aurions été heureux de profiter plus longtemps, si une retraite prématurée ne nous

avait séparé de lui ; qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre vive reconnaissance.

Notre année passée dans le service de M. le D^r PERRIN, compte parmi les meilleures de notre temps d'étude dont le souvenir ne s'effacera jamais. C'est auprès de ce Maître que nous avons complété nos connaissances cliniques et thérapeutiques. Nous ne saurions trop le remercier de son docte enseignement et nous le prions d'agréer la reconnaissance de son élève tout dévoué.

M. le D^r BARON fut toujours pour nous un maître aimable et dévoué ; pendant tout le temps que nous fûmes dans son service, il nous fit preuve en toutes circonstances d'une bienveillance dont il ne s'est jamais départi. Depuis longtemps notre reconnaissance lui est acquise, nous le prions néanmoins d'accepter l'assurance de notre entier dévouement.

Nous ne saurions oublier M. le D^r DEROYÉ, directeur de l'École de Médecine, MM. les D^r GAUTRELET, MORLOT, PARIZOT, BROUSSOLLE, DUBARD, et ZIPFEL qui tous ont contribué tant à l'hôpital qu'à l'École de Médecine à notre éducation médicale. Qu'ils veuillent bien accepter l'expression de notre profonde et respectueuse gratitude.

A la faculté de Paris, nous avons trouvé des Maîtres dont le brillant enseignement et les savantes leçons ont parfait notre instruction. Nous sommes redevables à M. le P^r PINARD d'avoir fixé en notre esprit par des mots expressifs et des exemples pris sur le vif à propos de chaque nouvelle accouchée, les détails et la conduite à tenir dans l'art de l'accouchement.

Notre séjour à la Salpêtrière dans le service de M. le P^r RAYMOND nous a vivement intéressé, et les savantes leçons du Maître ont jeté la lumière dans notre esprit sur le chapitre parfois si obscur des maladies nerveuses. Si nous sommes à même aujourd'hui de nous orienter dans cette

partie délicate de la pathologie c'est à son enseignement clair et vivant que nous le devons.

Enfin nous prions M. le professeur ALBERT ROBIN, d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

Définition et Division

La stomatorrhagie est l'hémorrhagie provenant de la cavité buccale et venant des vaisseaux qui président à la nutrition des différentes parties de la bouche ou des organes renfermés dans cette cavité, dont l'enceinte est close en avant par les lèvres, en arrière par le voile du palais, en haut par la voûte palatine, en bas par la langue et le plancher buccal, et sur les côtés par les joues.

Les hémorrhagies de la bouche peuvent reconnaître les conditions étiologiques des hémorrhagies en général ; elles peuvent être consécutives à un traumatisme de l'organe, à une solution de continuité, à une ulcération ou à une altération de ses parois. On peut la rencontrer à titre de complication dans certaines maladies infectieuses, aiguës ou chroniques, à forme hémorrhagique ; dans certaines intoxications ou dépendre enfin d'une diathèse hémorrhagique ou nerveuse.

L'écoulement sanguin exhalé par la bouche peut affecter les aspects les plus différents suivant son origine, son abondance et son mélange. Il peut être noirâtre ou rutilant selon qu'il provient d'une veine ou d'une artère ; il peut s'écouler : en petite quantité, suintant à travers la muqueuse, teignant alors la salive de stries rougeâtres, ou en un véritable jet continu si le traumatisme ou l'ulcération a sectionné un vaisseau de calibre important. Issu spontanément ou par succion il peut se trouver étendu d'une proportion variable de salive qui lui donne une couleur gelée de groseille et un aspect visqueux et spumeux

ou être libre de tout mélange et s'écouler avec tous les caractères du sang à l'état pur.

Il ne faudra pas confondre la stomatorrhagie avec l'hématémèse ou l'hémoptysie ; dans celle-ci le sang, en outre des caractères signalés plus haut, s'écoule sans effort de toux ni de vomissement ; les antécédents du malade, l'examen du poumon, de la bouche et des organes évitera toute erreur.

Dans ce travail nous allons faire une étude d'ensemble de toutes les hémorrhagies de la bouche que l'on peut rencontrer dans le cours ou à titre de complication des différentes affections. Cette étude n'a jamais été faite ; on trouve pourtant des travaux datant de la première moitié du siècle dernier traitant de la stomatorrhagie, mais les auteurs se sont surtout attachés à faire le diagnostic des hémorrhagies se faisant par la bouche et ont négligé celles de la bouche elle-même.

Nous n'avons pas l'intention de mettre en lumière beaucoup de faits nouveaux, mais simplement de rassembler, de faire en quelque sorte une revue rapide des maladies pouvant donner lieu à de la stomatorrhagie. Nous laisserons de côté les hémorrhagies qui peuvent survenir dans les ulcérations tuberculeuses, cancéreuses ou syphilitiques par suite du travail ulcératif de ces affections.

Après avoir étudié les altérations locales de la bouche et les affections générales qui peuvent être incriminées de stomatorrhagie nous passerons au diagnostic et au pronostic, puis nous nous étendrons sur les traitements aussi nombreux que variés qui ont été employés contre elle.

AFFECTIONS LOCALES

Traumatismes.

Le traumatisme est une cause fréquente de stomatorrhagie, par solution de continuité de la muqueuse buccale.

Il peut porter en différents points et léser soit les joues, les lèvres, la voûte palatine ou le plancher buccal. Nous allons énumérer brièvement les différentes conditions dans lesquelles peut se produire l'hémorrhagie.

Dans la mastication, par le mouvement mal combiné des mâchoires et des parois buccales, les lèvres, les joues, la langue peuvent être saisies par les dents ; les plaies ainsi produites sont presque toujours superficielles, elles s'accompagnent d'une vive douleur instantanée et donnent naissance à une légère hémorrhagie qui rend la salive sanguinolente.

Il en est de même des *dents cariées* ou des « *chicots* » qui par leurs pointes parfois très aiguës ulcèrent les muqueuses et produisent un écoulement sanguin de peu d'importance.

La toux convulsive de la coqueluche, projetant violemment la langue contre les arcades dentaires pendant les quintes de toux produit au niveau du frein de la langue, tantôt de petites érosions gris-blanchâtres, tantôt des ulcérations ; la muqueuse est rouge, congestionnée, se fendille et saigne.

La brièveté du frein de la langue, qui parfois nécessite une intervention des plus bénignes, peut dans certaines

circonstances donner lieu à des accidents dont il ne faut pas méconnaître la gravité : se trouve-t-on en présence d'une anomalie des vaisseaux dans le frein, ou par suite d'une faute opératoire on peut sectionner l'artère et la veine ranine et avoir une hémorrhagie redoutable. REBOUL dans le *Lyon médical* cite le cas d'un enfant auquel il fit la section du filet lingual et qui succomba cinq jours après d'hémorrhagie, malgré tous les moyens employés pour l'arrêter.

Les chutes ou les coups sur le visage et le menton peuvent léser différentes parties de la cavité buccale et donner lieu à des pertes de sang assez importantes. Dans certains cas les lèvres peuvent être comprimées entre le corps vulnérant et le plan résistant que lui fournissent les dents et le rebord alvéolaire et présenter des lésions variables en gravité ; elles peuvent être fendues sur toute leur hauteur et saigner abondamment. L'hémorrhagie est d'autant plus sérieuse que la solution de continuité est plus proche de la commissure ; dans d'autres cas, au moment du traumatisme, la langue peut se trouver prise entre les arcades dentaires et subir une mutilation plus ou moins sérieuse : on y peut trouver tous les degrés, depuis la simple ecchymose jusqu'à la section complète de l'organe. BRAUCE rapporte le cas d'un enfant où la section fut complète, le lambeau entièrement détaché flottait librement dans la bouche, mais ces cas extrêmes sont relativement rares.

Il faut rapprocher de ces lésions de la langue produites à la suite d'un traumatisme, celles qui surviennent dans les accès d'*épilepsie* ou les crises d'*urémie*. Dans la phase des convulsions cloniques le malade projette sa langue sans cesse hors de la bouche qui laisse couler une salive spumeuse et sanguinolente, celle-ci saisie entre les arcades dentaires convulsivement rapprochées peut présenter des lésions variant du simple sillon à la section complète.

Les esquilles provenant de la fracture des maxillaires peuvent déchirer profondément la muqueuse buccale, lésar les vaisseaux qui l'irriguent et produire des écoulements sanguins d'importance variable.

Le palais peut être aussi le siège d'hémorrhagies d'origine traumatique, on les observe surtout chez les enfants qui tenant dans la bouche un jouet pointu ou un bâton tombent dessus, la tête en avant. La plaie ordinairement se borne à une déchirure plus ou moins irrégulière de la muqueuse de la voûte palatine, mais quelquefois elle est pénétrante ; celle-ci se trouve alors trouée par ce corps étranger qui pénètre dans les fosses nasales et jusqu'à la base du crâne.

Les acides chlorhydrique, sulfurique, oxalique, les *caustiques*, la potasse, la chaux, la soude, l'acide arsénieux, introduits accidentellement ou volontairement dans la bouche y produisent des lésions sérieuses, les tissus qui se trouvent à leur contact se deshydratent, et se transforment en de vastes et profondes eschares qui, à leur chute, laissent les vaisseaux béants qui peuvent donner lieu à de graves hémorrhagies.

Enfin nous arrivons au traumatisme le plus courant et qui donne lieu aux hémorrhagies les plus rebelles et dangereuses, *l'extraction dentaire*.

Quand on extrait une dent il se produit plusieurs traumatismes : déchirure de la gencive, du périoste, ou des vaisseaux dentaires, autant de causes de stomatorrhagie ; le plus souvent l'écoulement sanguin cesse bientôt, les vaisseaux se contractent à leur extrémité, le sang s'y coagule donnant naissance au caillot bienfaisant, c'est ce qui se passe ordinairement. Pourquoi, dans certains cas, l'écoulement sanguin continue-t-il et prend-il les proportions d'une véritable hémorrhagie qui persiste, malgré l'emploi des moyens les plus énergiques, nécessitant par-

fois la ligature de la carotide ? Les causes sont nombreuses : elles peuvent tenir à une altération de la composition du sang, soit par diminution de l'élément plastique du sang, soit par augmentation de la quantité d'eau contenue dans le sérum avec diminution des globules rouges ; dans ces conditions le sang est plus ou moins coagulable, arrivant à l'extrémité des vaisseaux il s'échappe goutte à goutte et par suite de sa plus grande fluidité il ne se coagule pas et donne lieu à une hémorrhagie qu'aggrave encore le manque de contractilité des vaisseaux dont les tuniques sont plus ou moins dégénérées.

Cet état du sang n'intervient pas seul dans l'étiologie de l'hémorrhagie, il faut y joindre la déchirure des vaisseaux de la gencive, de la dent ou de la pulpe, l'état plus ou moins fongueux du périoste alvéolaire qui dans certains cas est très épaissi et vascularisé, la présence d'une esquille osseuse provenant de l'alvéole qui maintient béant tous les vaisseaux.

Il faut en outre signaler une cause heureusement fort rare mais qui a toujours des conséquences fatales : *l'anévrysme de l'artère dentaire inférieure* dans l'épaisseur de l'os maxillaire. Pratiquée chez un sujet atteint de cette affection, l'extraction entraîne irrévocablement une mort foudroyante ; les racines de la dent plongeant dans l'anévrysme, le laisseraient, une fois enlevées, complètement ouvert d'où hémorrhagie incoercible. Ces cas sont rares ; on en trouve que deux dans la science, publiés par le professeur HEYFELDER et le Dr RUFZ.

OBSERVATION I (*Rufz, Moniteur des hôpitaux.*)

Hémorrhagie due à un anévrysme de l'artère dentaire inférieure.

Le malade dont il s'agit est âgé de 32 ans, il crachait du sang depuis quelque temps et la source de cette hémorrhagie avait été

méconnue par le médecin qu'il avait d'abord consulté. Lorsque je le vis, je constatai une tumeur fongueuse, arrondie, de 3 à 4 lignes de diamètre, siégeant sur le bord externe de la mâchoire ; elle semblait formée aux dépens des gencives. Elle saignait sans cesse, principalement lorsqu'on la touchait, elle présentait des pulsations isochrones aux battements du cœur et de l'artère radiale, et était placée immédiatement sur les deux incisives et la canine du côté droit qui étaient écartées de leurs alvéoles et vacillantes et suivaient dans leurs mouvements ceux de la tumeur. Je diagnostiquai un épulis et résolu d'en faire la ligature. Deux heures après avoir pratiqué cette opération, je fus appelé près du malade, effrayé par un jet de sang assez fort s'échappant au dessous de la ligature.

Après avoir tenté plusieurs remèdes pour arrêter l'hémorrhagie, je ne réussis qu'après l'emploi d'un cautère chauffé à blanc, après avoir ôté les dents pour cautériser plus profondément.

Le malade se trouvait dans un état d'épuisement très marqué. Huit jours après la chute de l'eschare, l'hémorrhagie reparut et fut arrêtée comme la première fois. Enfin une troisième, combattue encore cette fois avec succès par la cautérisation, me fit penser qu'il y avait chez ce malade une prédisposition particulière aux pertes de sang. En conséquence, je prescrivis l'usage interne des hémostatiques. Quelque temps après, ce malade chez lequel l'épuisement avait encore augmenté, mourut du choléra.

L'autopsie fit voir une excavation osseuse, remplie de sang, formée par le canal dentaire, dilaté dans toute la longueur de la branche horizontale de la mâchoire, jusqu'à la branche ascendante de cet os. Les parois intermédiaires des alvéoles des dents, que j'avais ôtées n'existaient plus, tout le rebord alvéolaire du côté droit était aminci, et les dents de ce côté plus élevées et moins solides que du côté gauche.

Les symptômes de cette hémorrhagie sont ceux de toutes les pertes sanguines, mais ici ils présentent quelques particularités. L'hémorrhagie peut se produire après un temps variable, elle peut n'apparaître que une heure, un jour, ou même plusieurs, après l'extraction soit parce qu'on a retiré le sang coagulé de l'alvéole soit parce que le malade a irrité par la succion ou un agent mécanique quelconque les vaisseaux dentaires. GUÉNARD rapporte, dans son travail sur les hémorrhagies après l'extraction

dentaire, plusieurs observations où l'hémorrhagie survient entre le deuxième et le neuvième jour.

L'emploi de la *cocaïne*, dont l'usage est si courant aujourd'hui, contribue pour une large part à l'hémorrhagie tardive. M. BUISSET écrit à ce sujet : « on sait que son application est bientôt suivie d'une pâleur de la muqueuse et ce changement de coloration est dû au spasme des vaisseaux sous-jacents et aussi en partie à l'action locale physico-chimique de l'alcaloïde sur les cellules épithéliales. Mais, par la suite, en un temps variable selon que l'action constrictive est plus ou moins lente à s'étendre, la loi d'épuisement se fait sentir et une dilatation vasculaire succède à la constriction : d'où hémorrhagie. Celle-ci est d'autant plus à craindre qu'elle arrive assez souvent après l'opération, c'est-à-dire en l'absence du médecin ».

Ces pertes sanguines sont bénignes quand on peut s'en rendre maître mais elles augmentent de gravité, comme nous le verrons dans les chapitres suivants, si l'on a affaire à un sujet atteint d'une affection diathésique quelconque.

Hémorrhagies de la pulpe.

La pulpe dentaire mise à jour par la carie ou la fracture de la couronne se traumatise facilement et donne lieu à une hémorrhagie généralement sans gravité et qui s'arrête facilement.

Elle est souvent le siège de tumeurs qui peuvent donner des écoulements sanguins plus sérieux et qui souvent anémient, par leur abondance, profondément le malade. Ces tumeurs sont en général bénignes, elles se présentent sous la forme de végétations molles, spongieuses, parfois mamelonnées et non douloureuses ; leur grosseur varie

du volume d'un grain de millet à celui d'un gros pois ; elles sont constituées par des vaisseaux de nouvelle formation et sont par leur base adhérente à la pulpe.

OBSERVATION II (*Dr Ovize Rev. de stomatologie*).

Hémorrhagie grave produite par une tumeur de la lpupe.

Il y a un mois ,un jeune homme de 18 ans, pâle, exsangue, se supportant à peine me fut amené. A peine assis et avant toute explication, il eut une syncope vite dissipée par la position horizontale. Aussitôt relevé, il crache un énorme caillot de sang et j'appris que depuis trente heures, sans qu'aucune extraction n'ait été opérée, il était en proie à une hémorrhagie buccale que des applications de perchlorure de fer et d'antipyrine n'avaient pu tarir. Un mois auparavant, le même accident lui était arrivé, mais il avait cédé en 24 heures.

Cette fois, je le répète, la chose durait depuis trente heures et le malheureux était dans un état de faiblesse, qui n'était pas sans me faire regretter de le voir en mon cabinet.

Après le rinçage de la bouche et le nettoyage de la région d'où semblait sortir le sang, qu'elle ne fut pas ma stupéfaction de constater que la seule cause de cette hémorrhagie était une vulgaire tumeur de la pulpe. La deuxième grosse molaire supérieure gauche présentait une carie de toute la face triturante et une végétation du volume d'un gros pois, végétation molle, mamelonnée, fongueuse, remplissant la cavité. C'est cette petite tumeur qui depuis la veille saignait, sans qu'aucun hémostatique ne parvienne à arrêter cette ridicule hémorrhagie. Je ne jugeai pas devoir extraire cette dent, on le conçoit, et après avoir d'un coup de curette fait sauter la tumeur, je cautériserai au thermocautère le pédicule et tamponnai la cavité à l'aide d'un coton sous lequel je plaçai un atome d'acide arsénieux. La suite fut des plus simples, la dent dévitalisée fut obturée. Mais pendant trois mois, mon malheureux client, grand jeune homme de 18 ans, ouvrier dans un tissage, fut incapable du moindre effort et obligé d'abandonner son travail.

Je l'ai revu depuis, il est loin d'être brillant, sa condition sociale ne lui permettant pas la thérapeutique reconstituante et la suralimentation que je lui conseillais. Je crains fort pour lui que dans peu de temps la tuberculose qui le guette s'implante chez ce pauvre garçon ; il faudra alors, comme cause initiale, remonter à une hémorrhagie grave produite par une tumeur pulpaire.

Angiomes.

La muqueuse buccale peut être fréquemment le siège de petits angiomes constitués par le développement anormal de vaisseaux de nouvelle formation. On peut les rencontrer sur les lèvres, le palais ou la langue ; ordinairement congénitaux ils varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette et même peuvent atteindre un volume plus considérable. Ils se développent souvent à la suite d'une émotion, pendant la grossesse où à la période des règles ; dès qu'ils atteignent certaines dimensions ils gênent les parties affectées qui sans cesse traumatisées s'ulcèrent et donnent lieu à des hémorragies se renouvelant plus ou moins fréquemment.

Leur aspect est variable ; tantôt ils se présentent sous la forme de petites tumeurs assez bien circonscrites, arrondies, d'une couleur rouge framboise ; à l'état de repos cette teinte est pâle, la tumeur plus ou moins flétrie est ridée, mais elle devient turgescence et pulsatile dans toutes les circonstances qui accélèrent la circulation, elle s'affaisse par la pression pour reprendre son volume primitif dès que celle-ci a cessé. Sa consistance est molle et semi-fluante. La muqueuse qui les recouvre conserve son aspect normal et sa couleur rosée ; parfois aux lèvres, on l'a vu prendre un aspect plus foncé, se recouvrir de croûtes, de points fendillés et sanguinolents dûs aux influences extérieures. D'autres fois, l'angiome se présente sous la forme d'une simple tache rouge rubis, plane ou légèrement saillante.

Ordinairement bénins, ils ont une destinée variable : on les voit parfois guérir spontanément ; la tumeur diminue de volume et disparaît ; d'autres fois elle s'enflamme, durcit, envahit de plus en plus la muqueuse et sous l'influence d'un choc insignifiant s'ulcère et donne lieu à des hémorrhagies qui peuvent anémier le malade ou même le tuer.

On compte dans la littérature médicale plus d'une observation : CHAUFFARD et RENDU, en citent un cas à la *Société médicale des hôpitaux* ; SCHAMBERG rapporte celui d'un malade dont la muqueuse buccale était parsemée de petits angiomes variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois ; M. ROCHER présenta à la *Société de stomatologie* un enfant porteur d'un angiome du volume d'une noisette situé à la face dorsale de la langue, en avant du V lingual et qui était le siège d'un écoulement sanguin très abondant.

OBSERVATION III (*Josserand, Bull. soc. méd. des hop. Lyon*).

**Anémie grave de nature hémorrhagie par angiome miliaire
des muqueuses.**

X... 56 ans, son père est sujet aux épistaxis. De ses 2 frères, l'un, actuellement âgé de 70 ans, a saigné par le nez, depuis sa naissance jusqu'à aujourd'hui, à peu près tous les jours sans pour cela que sa santé s'en ressente beaucoup ; l'autre, 59 ans, a eu aussi dans son enfance, des épistaxis fréquents. Malgré cela, aucun incident hémophilique dans la famille pas plus que chez la malade. Ses couches n'ont donné lieu à aucune hémorrhagie, ses règles ont toujours été normales.

Pendant son enfance et sa jeunesse, épistaxis fréquents, 30 à 50 ans, amélioration, un épistaxis par semaine. Il y a 5 ans, les hémorrhagies nasales redeviennent plus fréquentes. Il y a 3 mois, le 20 X^{bre}, elle prend une bronchite et s'alite quelques jours. Ce fut le signal d'une exacerbation des phénomènes hémorrhagiques :

chaque jour, hémorrhagie nasale d'un plein verre, et pendant 3 jours hématomèse. En même temps, comme par le passé, les lèvres, les gencives, la langue saignent, pendant la mastication surtout, elle s'anémie beaucoup et entre à l'hôpital.

En examinant la malade, on est frappé par la pâleur de son visage sur lequel se dessinent vers les pommettes des varicosités, assez confluentes en certains endroits pour former de véritables placards. En quelques points de la face, en outre, des télangiectasies linéaires, on voit des taches rouges de la grosseur d'une tête d'épingle, on en remarque aussi sur la muqueuse des lèvres. La face dorsale de la langue apparaît semée d'un piqueté constitué par des élevures rouges qui semblent prêtes à saigner, sur le bord gauche de l'organe, ces points sont confluentes et forment une vaste plaque étalée. Enfin, la muqueuse du palais est recouverte aussi de ces angiomes en miniature. Toutes ces muqueuses saignent abondamment pendant le repas. Ces lésions, au dire de la malade, datent de 5 ans, son frère le plus jeune que seul nous avons pu examiner, présente ces mêmes taches angiomateuses.

Papillomes

Les papillomes sont de petites tumeurs, plus ou moins arrondies, qui s'implantent sur la muqueuse au moyen d'un pédicule tantôt grêle de 1 à 2 millimètres de diamètre et de 5 à 15 millimètres de longueur; tantôt il manque complètement et la tumeur prend un aspect verruqueux, le muqueuse qui les recouvre est blanc rosé, rarement rouge. Son aspect particulier permet de le reconnaître facilement, c'est celui d'une muqueuse linguale quand les papilles sont hypertrophiées : on voit alors à l'œil nu une tumeur formée de papilles d'un certain volume résultant elles-mêmes de la réunion de papilles de grosseur moindre.

Les papillomes ne sont en somme qu'une hypertrophie et une néoformation des papilles normales ; ils siègent habituellement sur la voûte du palais, la luette, la base, le dos, la pointe de la langue, et sur la muqueuse des

joues et des lèvres. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Ils ne donnent lieu ordinairement à aucun symptôme fonctionnel et sont d'un pronostic des plus bénins ; néanmoins, quand ils sont volumineux et qu'ils se trouvent en des endroits facilement traumatisables ils peuvent attirer l'attention du malade par l'écoulement sanguin auquel ils peuvent donner naissance.

OBSERVATION IV. (*Émeric, in thèse*).

Papillomes de la muqueuse buccale.

R... âgé de 7 ans, scarlatine, rougeole dans son enfance, souffre depuis 18 mois de la lésion actuelle ; cette lésion consiste en une certaine tumeur de la muqueuse buccale. Le plus grand nombre est situé sur la face interne de la lèvre inférieure et sur les joues, en deux rangs serrés contre les dents molaires. Leur grosseur varie de celle d'une graine de lin à celle d'une lentille, les plus petites qui sont toutes sessiles, sont hémisphériques ou planes, recouvertes d'un épithélium en apparence sain ; les plus grosses saignent facilement au moindre attouchement et la mastication est très douloureuse.

En six semaines, la guérison est complète par plusieurs séances d'excision et de cautérisation au thermocautère.

Varices

La phlébectasie buccale n'est pas une chose rare, toutes les veines de la bouche peuvent être le siège de varices ; on en trouve sur les lèvres, les joues, les gencives, le voile du palais, le plancher de la bouche, la base de la langue et la partie libre de la face inférieure. Rares dans l'enfance, elles se rencontrent fréquemment chez l'adulte et surtout chez le vieillard. On les observe ordinairement chez des individus présentant des varices sur plusieurs parties du corps et qui sont la plupart du temps fils de variqueux.

Elles peuvent revêtir deux formes : cylindriques et non circonscrites ou ampulaires et circonscrites. Les premières sont parfois rectilignes mais le plus souvent serpentineuses, flexueuses, tortueuses et prennent dans certains cas une forme étoilée ; les secondes, ampulaires et circonscrites, sont circonférentielles quand la dilatation occupe tout le calibre de la veine ou latérales lorsqu'elle n'a lieu qu'au dépend d'une partie seulement de ce calibre.

Leur volume varie de celui d'une lentille, d'une noisette à celui d'une noix ou même d'un petit œuf, on peut les rencontrer à tous les degrés chez le même individu.

Quelque soit leur forme toutes ces tumeurs se présentent sous un aspect noir bleuâtre ou violet foncé, leur consistance est molle ou faiblement élastique ; si on applique les doigts en aval des points dilatés on voit leur volume augmenter et leur coloration bleuâtre devenir plus apparente, il en est de même si le malade fait des efforts.

Quand on les comprime au contraire, elles s'affaissent et disparaissent plus ou moins complètement pour reprendre leur volume primitif dès que la pression a cessé, enfin elles ne sont pas animées de battements.

La muqueuse qui recouvre toutes ces phlébectasies ne leur est pas adhérente, elle ne change pas de couleur et ne subit pas de modifications appréciables. Elle s'amincit parfois notablement et se rompt souvent sans cause apparente c'est ce qui arrive après un effort, l'absorption d'un liquide irritant, à propos d'une quinte de toux ou même d'un simple « hum ! ». L'hémorragie qui en résulte est généralement bénigne ; elle se traduit par quelques stries de sang qui teintent les crachats ou par un rejet de sang, quand les varices sont d'une grosseur excessive et qui peut être assez considérable pour simuler une légère hémoptysie ; il faut dans ce cas trancher le diagnostic par un examen minutieux des poumons. Ceci est capital, car l'erreur a des conséquences funestes sur le moral de l'individu comme le signale M. FERRIER dans une communication à la *Société de stomatologie* : un de ses malades atteint de varices buccales était sujet à de fréquentes hémorragies qu'il mettait au compte d'une lésion pulmonaire en dépit des affirmations de son médecin. « Ses craintes avaient fini par prendre une telle intensité que le fait de passer d'un appartement dans la rue, les sensations de fraîcheur les plus légères, la moindre différence de température provoquaient chez lui une suée, tellement il redoutait le coup de fouet qui, dans son esprit prévenu, devait accélérer la marche de la tuberculose dont ces petites hémorragies étaient pour lui un signe certain. Cette idée d'une lésion pulmonaire arrivait chez lui à l'état d'obsession et le rendait malade ».

Ces hémorragies ne sont en général pas continues, elles se font d'une façon intermittente à intervalles irrég-

guliers ; leur fréquence varie avec les précautions hygiéniques de l'individu. Il arrive qu'elles se produisent un ou plusieurs jours de suite à l'occasion d'une petite déchirure des parois veineuses, ou d'une inflammation de l'arrière-gorge pour ne plus reparaître pendant longtemps ; d'autrefois, bien qu'intermittentes, elles persistent pendant des semaines, des mois, des années et finissent, comme je le signalais tout à l'heure par inquiéter le malade quand il en ignore la cause.

OBSERVATION V. (*Manon, in thèse*).

Hémorrhagie due à des varices de la langue.

M. X. vient consulter M. Moure au mois de Mai, pour une expectoration sanguinolente se renouvelant presque chaque jour, et particulièrement, quand le malade (voyageur en vins) a goûté ou bu un verre de cognac. Dans ce cas, il expectore plusieurs crachats spumeux, teintés de sang et même parfois du sang pur. Lorsque quelques mucosités lui encombrent les grosses bronches ou la gorge, il se trouve dans un assez grand embarras, car le moindre : hum ! fait apparaître le sang.

Il ne tousse pas, n'a pas de dyspnée, n'a pas beaucoup maigri, a toujours un bon appétit, sauf, depuis quelque temps, parce qu'il est inquiet ; il n'a jamais senti la moindre douleur sur un point quelconque du thorax.

Dans sa famille, il n'a jamais connu personne présentant des symptômes analogues aux siens, ou qui ait eu quelque maladie de poitrine ; il n'en est pas moins très effrayé de cette situation. Le début de l'affection remonte à deux ans, il a consulté deux médecins qui ont paru rester dans le doute à son sujet, et le mal au lieu de s'amender n'a fait que s'accroître, les expectorations sanglantes deviennent de plus en plus fréquentes, sans être cependant très abondantes ; l'état général est d'ailleurs bon, c'est un homme sanguin, bien musclé, assez vigoureux.

A l'auscultation des poumons et du cœur, rien à noter.

En pratiquant l'examen de la bouche, on constate que les gencives sont en assez mauvais état, que les muqueuses buccale et pharyngienne sont sèches, un peu congestionnées.

Avec le miroir laryngien, on voit le larynx absolument sain,

mais on aperçoit en même temps à la base de la langue, des vaisseaux veineux très apparents, ils sont dilatés, flexueux, renflés sur certains points ; la muqueuse qui les recouvre est amincie et comme desquamée par places. En revanche, les papilles environnantes ont acquis un développement considérable, elles ont plus que doublé de volume ; elles sont rouges.

M. Moure fait boire un peu de vin pur au malade pour voir d'où vient le sang ; rien ne se produit malgré des tentatives répétées. Il prescrit alors un gargarisme avec du chlorate de potasse et borax et invite le malade à revenir dans huit jours.

Les huit jours écoulés, le malade revient ; les expectorations sanguines ont continué.

M. Moure fait prendre au malade un peu de cognac, presque immédiatement la salive devient sanglante. A l'examen, on trouve les gencives normales, les muqueuses buccale et pharyngienne saines. Avec le miroir laryngien, on voit la base de la langue couverte de sécrétions sanguines qui semblent sourdre de ce point. On recommence le lendemain l'expérience du cognac et le même phénomène se produit ; édifié sur les causes de l'hémorrhagie, on rassure le malade et on lui prescrit un gargarisme au tannin.

Un mois après, le malade revient ; le saignement a beaucoup diminué, il ne reparait guère que sous l'influence de liquides irritants dont le malade s'abstient un peu. Depuis cette époque, même état, mais le malade sachant à quoi s'en tenir sur son affection n'est plus inquiet, il se borne comme traitement à prendre quelques précautions hygiéniques.

Stomatites.

L'inflammation de la muqueuse buccale, qu'elle siège aux gencives, aux lèvres, au palais ou à la langue, est le résultat d'une intoxication ou d'une infection aiguës ou chroniques.

Le mercure, le bismuth, le plomb, l'arsenic, le phosphore, l'argent, le cuivre ; certains médicaments, *l'antipyrine, la quinine, les bromures, les iodures, les salicylates et les alcalins* peuvent être incriminés dans la production des stomatites, ils localisent surtout leur action sur la muqueuse des gencives, qui n'ayant pour se défendre qu'une leucocytose très diminuée, se laisse envahir par les micro-organismes.

A l'examen, on trouve au début la muqueuse boursouflée, légèrement décollée, sur le bord libre de la gencive on aperçoit un liseré blanchâtre qui n'est autre que l'épithélium en voie de prolifération ; ce liseré formé par de fines granulations métalliques situées dans les cellules profondes du revêtement épithélial, varie suivant la nature de l'intoxication : noir si l'on a affaire au plomb ou au bismuth, blanchâtre pour l'arsenic, violet pour l'argent. A une période plus avancée l'épithélium de ce liseré se desquame, les gencives deviennent fongueuses s'ulcèrent et saignent au moindre contact.

L'antipyrine, dont l'usage est si courant de nos jours, mérite par les accidents qu'elle peut occasionner d'attirer notre attention car, après le mercure, elle donne des

stomatites parfois très intenses. Nombreuses sont les observations qui les relatent. M. LYON, à la *Société de thérapeutique*, signalait un cas d'éruption survenue chez une femme de trente-deux ans, quelques heures après l'ingestion d'un gramme d'antipyrine ; il s'agissait d'une éruption pemphigoïde généralisée avec production bulleuse sur la muqueuse buccale. M. BLONDEL à la même séance citait un autre cas. LEROUX a publié l'observation d'un enfant, qui à la suite de l'ingestion de un gramme d'antipyrine, eut une véritable stomatite hémorrhagique, caractérisée par des bulles remplies d'un liquide rougeâtre hémorrhagique, disséminées sur toute la muqueuse buccale.

OBSERVATION VI (RÉSUMÉE) (*Leroux, Journ. de clinique et thérapeutique infantile. 1897*).

Hémorrhagie due à l'ingestion de un gramme d'antipyrine.

Germaine B. atteinte de coqueluche de moyenne intensité, avec quintes classiques suivies de vomissements. L'enfant depuis quelques jours prenait 50 centigrammes d'antipyrine avant le déjeuner et le dîner sans le moindre inconvénient. La coqueluche étant fort bénigne, l'enfant sortait chaque jour. Le mardi 23 mars, l'enfant ayant pris froid, se mit à tousser et dès le lendemain eût une légère poussée de bronchite fébrile. La température étant montée à 38° 5, le père lui administra, de son chef, 1 gramme d'antipyrine vers 7 h. du soir. A dix heures du soir, gonflement de la face, apparition de rougeur, quinte de toux violente, et crachement de salive sanguinolente.

A minuit, j'examine l'enfant : roséole boutonneuse, légèrement violacée à la face, au dos de la main et du pied ; salivation sanguinolente abondante, larges bulles de pemphigus sur la muqueuse des joues, lèvres et voûte palatine, remplies d'un liquide rougeâtre hémorrhagique. Les yeux sont injectés, larmoiement abondant, bronchite légère, température 38° 4 ; on croirait à une rougeole, mais le siège de l'éruption, son apparition brusque, son caractère violacé, font penser à une éruption provoquée par l'antipyrine.

Pendant les trois jours suivants, les phénomènes augmentent, l'éruption devient ecchymotique, la salivation est abondante, muco purulente ; pyorrhée gingivale. Des lambeaux d'épiderme muqueux, grisâtres, nécrobiosés, se détachent par des lavages laissant la muqueuse sanguinolente. Ce n'est que le dimanche 28 que l'on trouve un peu d'amélioration, l'éruption s'éteint, la bouche se nettoie, mais la muqueuse exulcérée saigne abondamment. Bref, la stomatite ne guérit que vers la 4^e semaine après de nombreux lavages au chlorate de potasse.

A côté de ces gingivites toxiques ou médicamenteuses, il faut citer *celles des femmes enceintes*. Elles n'apparaissent guère avant le quatrième mois de la grossesse et persistent pendant toute la gestation. Ici encore, on trouve à l'examen de la bouche, les gencives rouges, violacées, boursoufflées, les languettes interdentaires sont augmentées de volume et forment un relief considérable au niveau des canines et des incisives, rarement des molaires ; la mastication devient de plus en plus difficile et au moindre traumatisme, la muqueuse fongueuse, ulcérée donne lieu à un écoulement sanguin plus ou moins considérable. A quoi attribuer cette gingivite et quelles en sont les causes ? En première ligne, il faut citer le mauvais état général de la femme et l'entretien défectueux de sa bouche, puis incriminer la grossesse elle-même qui joue un double rôle : sous son influence, la masse totale du sang augmentant, les gencives se congestionneraient plus facilement et le foie devenant insuffisant le malade subirait une auto-intoxication.

OBSERVATION VII (*Pr Pinard et M. D. Pinard*)

Gingivite des femmes enceintes.

La nommée E..., femme de ménage, âgée de 28 ans, habitant Paris depuis 4 ans est au huitième mois de sa première grossesse.

Cette femme fortement constituée n'a jamais été malade. Elle a toujours été constipée.

Les douleurs au niveau des gencives ont commencé avec la grossesse.

Examen de la bouche : ses dents sont recouvertes d'une couche limoneuse noirâtre : elles ressemblent aux dents des fumeurs. Il y a un peu de tartre du côté droit. Presque toutes les dents remuent.

Les gencives sont régulièrement tuméfiées ; elles saignent facilement et sont si douloureuses que cette femme ne peut manger qu'avec la plus grande peine.

Traitement commencé le 16 Juin.

Le 26, mieux sensible, les douleurs sont moins vives.

Le 28, accouchement.

Traitement repris le 1^{er} Juillet.

Guérison complète le 7 Juillet.

Les fièvres éruptives la *rougeole* et la *scarlatine*, la *fièvre typhoïde*, la *diphthérie* peuvent aussi donner lieu à des gingivites, mais se compliquent souvent de stomatite ulcère membraneuse ou gangréneuse. Dans la première, l'aspect du malade frappe au premier abord, les lèvres sont boursoufflées, croûteuses, présentent des fissures saignantes, les ulcérations que l'on rencontre sur la muqueuse buccale qui est rouge et tuméfiée sont recouvertes par un exsudat grisâtre qui, à sa chute, laisse une surface saignante et érodée. La bouche est sèche, la déglutition difficile, l'haleine fétide, la salivation exagérée ; elle évolue vers la guérison en dix ou douze jours, si l'état du malade est satisfaisant. La seconde, au contraire, est plus grave et presque toujours mortelle, elle apparaît à la période de déclin dans les formes graves de la maladie dont elle devient une complication redoutable. Le travail ulcératif, au lieu de s'arrêter à la muqueuse gagne le derme muqueux qui se transforme, sous l'influence des micro-organismes, en gangrène, une eschare se forme qui, à sa chute, produit une hémorrhagie.

OBSERVATION VIII (*Vallet, in thèse*)

Stomatite ulcéro membraneuse dans la rougeole.

Madeleine T., 23 mois est amenée à la consultation. Le front, les joues, le menton sont couverts de croûtes impétigineuses. Cet impétigo remonte à une quinzaine de jours, sa marche est rapide et envahissante. Depuis trois jours, l'enfant salive continuellement et refuse toute nourriture ; en même temps apparaissent dans la bouche, des fausses membranes qu'il est facile de constater le jour de son entrée à l'hôpital. Elles tapissent toute la face interne des lèvres supérieure et inférieure ; on trouve aussi trois petites fausses membranes sur la pointe et les bords de la langue. L'examen de la bouche amène un saignement abondant de la muqueuse buccale qui est partout rouge et tuméfiée.

Rien dans la gorge ; au bout de 4 jours, les fausses membranes se détachent et tombent. L'examen bactériologique y fait constater des staphylocoques dorés.

La *variole*, la *varioloïde* et la *varicelle*, s'accompagnent d'un exanthème buccal, les vésicules peuvent siéger sur le palais, les joues, les lèvres et la langue ; la muqueuse devient rouge, se tuméfie et saigne par place. Rarement à l'examen on trouve les vésicules ombiliquées caractéristiques, mais les ulcérations qui en résultent. Quand la variole prend la forme hémorrhagique, les vésicules en crevant mettent en liberté dans la bouche du sang pur.

Enfin, signalons encore la *stomatite impétigineuse*, qui se rencontre chez les enfants débilités, atteints de troubles gastro-intestinaux et porteurs d'un impétigo cutané. Elle est due au staphylocoque aureus et se produit par auto-inoculation consécutive au grattage, à l'introduction des doigts dans la bouche, ou au passage de la langue sur les lèvres où siège l'infection. Elle débute, le plus souvent, par les lèvres, on voit apparaître à leurs bords libres de petites plaques opalines qui prennent l'aspect diphtéroïde :

ces plaques sont très adhérentes à la muqueuse et si l'on cherche à les détacher on fait sourdre du sang ; on les rencontre fréquemment sur les joues ou le palais ; la muqueuse qui entoure ces plaques est congestionnée et présente une vascularisation anormale et qui explique son saignement au moindre contact.

OBSERVATION IX (*Poulain, in Thèse*)

Impétigo de la face, stomatite impétigineuse.

Lucienne P..., 3 ans, entre le 24 décembre 1891 dans le service de M. Sevestre. Cette enfant a été amenée à la consultation avec une lettre d'un médecin des hôpitaux avec le diagnostic : syphilis.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, pas traces de syphilis ; deux autres frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Élevée au sein par sa mère, elle a marché à 13 mois, aucune maladie jusqu'à ce jour. Depuis 5 jours, l'enfant perdit beaucoup de salive et depuis 2 jours des petits boutons blancs sont apparus sur sa langue. Ces boutons se sont étendus et ont gagné les gencives et le palais ; l'enfant était mal en train et avait perdu l'appétit.

État actuel. — Sur le bord libre des lèvres on constate quelques petites ulcérations en cupule, à l'emporte-pièce, recouvertes d'un exsudat blanchâtre, des croûtes d'impétigo sur la lèvre inférieure et au voisinage du nez ; sur la langue, le voile du palais, les gencives, la face postérieure des lèvres, de nombreuses ulcérations blanchâtres serpigineuses, confluentes en certains points, de volume variable, les plus grandes ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Les gencives sont ulcérées, boursoufflées et saignent facilement. Avec des lavages boriqués et des gargarismes au chlorate de potasse, l'enfant sort de l'hôpital, le 4 janvier, guérie.

AFFECTIONS GÉNÉRALES

Les stomatorrhagies que nous venons d'étudier, relèvent de causes bien définies : traumatismes, tumeurs, infections aiguës ou chroniques ; celles que nous allons passer maintenant en revue ont une origine plus obscure.

Elles dépendent d'une prédisposition spéciale de l'individu, d'une diathèse quelconque plutôt que d'un état morbide bien défini. Mais, quelle que soit la cause de l'hémorrhagie, pourquoi, chez les uns, la stomatorrhagie se produit-elle, tandis que chez les autres on n'a simplement qu'une hyperhémie de la muqueuse ? Il faut faire intervenir un facteur important : l'altération des parois vasculaires, soit par endartérite, athérome, dégénérescence calcaire ou graisseuse, qui, diminuant la résistance du vaisseau l'expose à serompre avec plus de facilité.

Les hémorrhagies de la bouche, que nous allons maintenant étudier sont dues, soit à une altération du liquide sanguin ou des vasomoteurs par les toxines microbiennes, soit à une augmentation de la pression sanguine et à une altération des parois vasculaires, soit enfin à des troubles du système nerveux.

Scorbut.

Le scorbut est une affection générale, nonfébrile, ayant pour cause une modification profonde de tout l'organisme, et pour manifestation un affaiblissement notable de l'énergie musculaire, une altération du sang, et des hémorrhagies multiples, débutant par les membres inférieurs et s'accompagnant toujours d'une altération plus ou moins profonde de la muqueuse buccale et des gencives.

Rare dans l'enfance et la jeunesse, le scorbut frappe surtout l'homme à l'âge adulte ; le froid, l'humidité, la fatigue, le manque d'hygiène et l'agglomération des individus en sont les principales causes. L'état social y joue un rôle important : dans les fortes épidémies qui firent tant de ravages parmi les soldats, les officiers furent toujours épargnés, c'est ce qui fit dire à LE ROY DE MÉRICOURT : « dans la marine comme dans l'armée le scorbut s'arrête devant l'épaulette et le galon. »

On a, dans l'étiologie de cette maladie, fait jouer un trop grand rôle à l'alimentation, la nourriture insuffisante peut, en agissant sur la nutrition prédisposer au scorbut mais ne le crée pas ; seule doit-on incriminer la privation d'aliments frais, qui soustrait au malade la potasse et les sels minéraux nécessaires à son existence.

En somme, le scorbut n'est pas une maladie infectieuse mais une maladie de la nutrition : « le scorbutique n'est

OBSERVATION X (*Georgesco. in thèse*)

Hémorrhagie dans le scorbut.

Le nommé D. ., Soldat de ligne, entre à l'ambulance le 7 décembre atteint de bronchite et de courbature qu'il attribue à un refroidissement.

Le 21 décembre, il s'aperçoit que ses gencives deviennent sensibles, gonflent et lui produisent de la douleur pendant la mastication. C'est le premier symptôme qui nous fait penser au scorbut.

Deux jours après, il accuse des douleurs dans les membres inférieurs, nous constatons un peu d'œdème et des ecchymoses sans purpura qui couvraient toute la surface des membres inférieurs, les muscles étaient d'une dureté ligneuse surtout aux mollets. La moindre contraction provoquait des douleurs atroces, ce qui mettait le malade dans l'impossibilité de quitter le lit, ne pouvant faire le moindre mouvement. Les gencives se ramollissent chaque jour, et l'on constate sur la muqueuse de la langue au niveau du bord gauche et de la pointe, un ulcère fongueux d'une étendue de 3 centimètres, occupant toute la partie antérieure. Sa forme est irrégulière, sa couleur violacée et livide, ses bords saignent facilement et rappellent l'aspect des bourgeons charnus en voie de guérison. Tout le reste de la muqueuse présente quelques ulcères petits, grisâtres, plus réguliers, qui n'avaient pas le même aspect, c'était une véritable stomatite ulcéreuse. L'haleine est extrêmement fétide. — Pomme de terre, jus de citron, fruits, lavage de la bouche, tel fut le traitement. Les gencives furent touchées au perchlorure de fer. Le malade guérit en trois semaines.

Scorbut infantile ou maladie de Barlow.

Comme son nom l'indique, la maladie de Barlow frappe les enfants en bas âge et particulièrement les nourrissons alimentés avec du lait stérilisé ou avec d'autres substances nutritives fortement bouillies. On le rencontre à partir de cinq mois et il est rare après dix-huit mois. Tandis que le scorbut « s'arrête devant le galon et l'épaulette » le scorbut infantile atteint de préférence la classe riche qui peut se procurer à des prix relativement élevés des farines riches en hydrocarbures et des préparations de lait répondant aux desiderata de l'alimentation des enfants mais qui ont le grave inconvénient de ne plus contenir les propriétés antiscorbutiques du lait frais. Dans la classe pauvre, au contraire, l'enfant mange de bonne heure à la table familiale, des légumes et des farineux qui, contenant les sels nécessaires à son existence, le préservent de la maladie.

L'affection débute brusquement, l'enfant qui jusque-là se portait bien et s'alimentait régulièrement en augmentant de poids d'une façon normale, devient triste, perd l'appétit et maigrit ; ses muqueuses se décolorent, ses chairs deviennent flasques, il présente des troubles gastro-intestinaux, de la diarrhée et des vomissements. C'est alors, que se manifestent des douleurs intenses à la pression exercée sur certains points du squelette, notamment aux membres inférieurs. L'enfant pousse des cris que rien n'explique et refuse de marcher ; dans son lit, il prend une attitude spéciale, il fléchit la jambe sur la cuisse et celle-

ci sur le bassin. A ces douleurs s'ajoutent bientôt une pseudo-paralysie et des tuméfactions douloureuses qui ne sont autres que des hématomes sous-périostés caractéristiques de la maladie pour BARLOW. Ils se forment très rapidement et sans élévation de température et peuvent siéger sur l'un des membres inférieurs ou symétriquement sur les deux ; ils donnent la sensation d'un épanchement situé profondément dans les tissus et formant fourreau autour de l'os. »

Les gencives présentent des lésions, qui ne font jamais défaut, quand l'enfant a des dents ; si l'évolution dentaire n'est pas faite, elles peuvent manquer, mais en général on peut dire qu'elles sont d'autant plus marquées que la dentition est plus avancée. Pâles au début, les gencives deviennent rouges, se ramollissent et saignent. Les infiltrations hémorrhagiques se localisent au collet des incisives et parfois au niveau de celui des molaires et des canines ; elles se présentent sous la forme de petites granulations, de petits nodules livides qui, par leur rupture, donnent lieu à un écoulement sanguin. Les gencives prennent ainsi un aspect boursoufflé, ecchymotique, les dents ne tiennent plus dans leur avéole et quelquefois, sont recouvertes par des bourgeons charnus exubérants.

Ces lésions peuvent arriver à un degré tel, que l'alimentation de l'enfant devient très difficile, il ne peut plus fermer la bouche qui sans cesse laisse écouler un mélange de sang et de salive qui communique à l'haleine une odeur fétide. Si on institue un traitement opportun qui consiste en un changement de régime alimentaire, la maladie disparaît comme par enchantement, dans le cas contraire l'enfant succombe rapidement.

OBSERVATION XI (*Simon, in thèse*)

Hémorrhagie dans la maladie de Barlow.

Enfant de 11 mois, pesant huit livres à sa naissance, nourri au sein pendant les deux premiers mois, à partir de ce moment le sein fut remplacé par du lait maternisé — jamais d'autre nourriture.

Bel enfant, ayant onze dents. — Il y a deux mois, l'enfant a manifesté de la faiblesse, refusant de se tenir debout sur ses jambes, comme il le faisait auparavant, pleurant au moindre mouvement ou à la moindre pression sur les membres inférieurs.

Quelques jours après, apparaissent des taches de purpura, sur les jambes, les avant-bras, puis son teint pâlit, sa faiblesse augmente : On remarque une tuméfaction au niveau des cuisses, de la cheville et du poignet. La bouche se met à saigner abondamment à plusieurs reprises, les dents sont devenues mobiles et entourées de bourgeons sanguinolents.

Il y a quinze jours, son état s'est aggravé, on a pensé à du rhumatisme d'où enveloppement au salicylate de méthyle, anti-pyrine et salicylate de soude à l'intérieur : aucun résultat.

Aujourd'hui, l'enfant est pâle, amaigri, son aspect est souffreteux, il ne cesse de geindre et de crier quand on le remue ou le déshabille pour l'examen. — Les gencives sont énormes, violacées, ecchymotiques, et laisse transuder du sang ; les incisives médianes supérieures et inférieures sont entourées par un bourrelet gingival qui cache la moitié de la couronne ; ses dents sont à moitié déchaussées. On note des ecchymoses sur la muqueuse gingivale et on voit sourdre le sang au niveau des sertissures des dents ; par moment, dit la mère, l'enfant a la bouche pleine de sang. Sur le fémur, on note à droite et à gauche une tuméfaction fusiforme et molasse, sur le tibia gauche une tuméfaction analogue très douloureuse à la pression. Les articulations sont indemnes.

Pemphigus.

La cavité buccale peut être le siège de pemphigus qui, dans sa forme hémorrhagique, produit des écoulements sanguins que nous devons signaler

Il est caractérisé, dans sa forme aiguë ou chronique, par des bulles de dimensions variables, survenant spontanément sur la surface cutanée ou sur les muqueuses et contenant de la sérosité ou du sang ; la muqueuse de la langue, des joues, des lèvres et du voile du palais sont ses lieux d'élection. Il frappe à tous les âges, on peut l'observer chez les individus bien portants comme chez les personnes faibles, débilitées, dont la nutrition générale laisse à désirer.

Sans prodrome, sans aucun trouble de l'état général, le pemphigus apparaît brusquement : à son réveil, le malade se plaint, le plus souvent, d'un violent mal de gorge qu'il compare à une brûlure, et qu'augmentent les mouvements de déglutition. Examine-t-on la bouche, les lésions que l'on y rencontre peuvent affecter deux aspects bien différents : bulles ou plaques suivant que l'examen a été pratiqué avant ou après la rupture de l'élément vésiculaire. La bulle pemphigoïde se présente presque toujours à l'état isolé, parfois deux bulles très voisines peuvent se réunir pour n'en former qu'une, mais jamais elles ne sont confluentes pour former des groupes comme dans l'herpès ; leur nombre est très limité, rarement unique, elles sont ordinairement au nombre de trois ou quatre, disséminées sur toute

la muqueuse buccale ; leur forme est ovale ou arrondie et varie de la dimension d'une lentille à celle d'une amande ; une bulle peut parfois arriver à couvrir une grande partie du palais simulant, quand le contenu est hémorrhagique, une véritable hématome. La muqueuse qui les entoure, saine au début, présente bientôt une auréole rouge congestionnée.

Développées brusquement à l'insu du malade, les bulles sont très éphémères ; elles crèvent rapidement et donnent issue à un écoulement sanguin de quantité variable. La lésion prend alors un aspect particulier : au milieu de la muqueuse congestionnée et au siège préalablement occupé par la bulle on trouve une membrane, brune, ridée, semblable à celle qui succède à une phlyctène rompue, et présentant dans son ensemble l'aspect d'un large sac ; elle tombe facilement et laisse à nu une muqueuse congestionnée, souple et saignant au moindre contact, puis en quelques jours tout se répare, la plaque disparaît, la muqueuse reprend son aspect ordinaire, sans cicatrice ni perte de substance.

OBSERVATION XII (*M. T. Law, rev. de laryngologie*).

Pemphigus hémorrhagique.

La malade vint le 28 octobre sur la recommandation de son médecin, consulter l'auteur, pour de violentes douleurs au côté gauche de la bouche et de la gorge, de la difficulté et des douleurs à la déglutition et de la tuméfaction en arrière et au dessus de l'angle de la mâchoire du même côté.

Elle racontait que, la veille au soir, en mangeant du rôti, quelque chose cassa brusquement dans sa bouche et qu'elle rendit immédiatement un gros caillot de sang d'un aspect particulier et peu après un gobelet de sang vermeil et de salive. Pas de toux ni de vomissements. Avant l'accident, la malade n'avait éprouvé ni douleur, ni sécheresse, ni gêne, ni toute autre sensation désagréable, soit dans la bouche, soit dans la gorge.

A l'examen, on aperçut un large sac, formé par l'évidement d'une pustule, s'étendant du palais dur au voile et affectant la forme d'une poire à grosse extrémité dirigée en avant. Un certain nombre de petits points rouges situés au dessous de l'épithélium lui donnaient un aspect ecchymotique ; et, à une certaine distance autour on voyait une vive rougeur. L'épiglotte était hyperhémée, mais la muqueuse oropharyngée n'offrait rien d'anormal. Grâce à l'administration de pastilles d'aristol et de cocaïne et sous l'influence d'un régime approprié, l'état de la malade s'améliora rapidement.

OBSERVATION XIII. (*Monfort, in thèse.*)

Pemphigus hémorrhagique.

Un soldat se plaignant de douleur à la gorge, se présente à M. le Dr Brindel, alors médecin auxiliaire aux chasseurs alpins. C'était à une étape après une marche assez pénible.

Le malade dit avoir perçu, tout à coup, dans la gorge la sensation de corps étranger, s'accompagnant de phénomènes douloureux à la déglutition. Cet accident était survenu brusquement : il n'avait pas été précédé de sécheresse de la gorge, aucune sensation anormale ne l'avait annoncé.

A l'examen de la cavité buccale on constate, à l'union du voile et de la voûte palatine, une tuméfaction allongée d'avant en arrière et mesurant 2 à 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large environ. Cette tumeur de couleur noirâtre soulevait régulièrement la muqueuse et présentait assez bien dans son ensemble l'aspect d'une sangsue gorgée de sang. La muqueuse voisine était saine. Sur la luette, fortement tuméfiée, on constate une tumeur du même aspect, mais de dimensions moindres qui pend sur la base de la langue. Pas de phénomènes généraux. Une légère incision faite à la surface des tumeurs à l'aide d'un bistouri donne issue à un liquide brunâtre mélangé de sérosité et de sang. Les tumeurs s'affaissent ne laissant à leur place qu'une mince pellicule de coloration brunâtre, reste de la membrane enveloppant la tumeur. Le malade se dit fortement soulagé, bien que la douleur à la déglutition ait en partie persisté. On prescrit des gargarismes émollients et trois jours après, tout est rentré dans l'ordre, la muqueuse s'étant réparée sans cicatrice.

Leucémie.

L'étiologie de la leucémie est inconnue, on a incriminé la syphilis, la tuberculose, la grossesse ; mais les observations publiées jusqu'à ce jour sont muettes sur le point de savoir quelle affection ou quelle constitution prédispose à cette maladie, qui frappe le plus souvent un individu jouissant apparemment d'une bonne santé.

A tous les âges on peut la rencontrer, pendant l'enfance comme au seuil de la vieillesse, mais elle frappe surtout l'adulte. Son début est insidieux, le malade présente tous les attributs de l'anémique : faiblesse croissante, fatigue, pâleur, essoufflement facile, vertige et céphalée ; d'autrefois il est brusque, une vive douleur dans la région splénique, du gonflement des articulations, simulant le rhumatisme aigu, de la douleur dans les membres, marquent l'entrée de la maladie ; dans d'autres cas, quand on se trouve devant la forme hémorrhagique, c'est pour des épitaxis ou de la stomatorrhagie que le malade vient consulter.

Bientôt, apparaissent sur toutes les parties du corps, des ganglions hypertrophiés, durs indolents et distincts les uns des autres ; sur les parties latérales du cou, ils forment parfois d'énormes tumeurs sur lesquelles la tête semble reposer, à l'aisselle et à l'aîne ils peuvent gêner les mouvements des bras et des jambes ; l'hypertrophie des ganglions trachéaux et bronchiques peuvent amener de la compression, qui se traduit par de la dyspnée, du cornage, de la dysphagie ou de l'œdème de la face et des bras.

Le foie est volumineux et dépasse les fausses côtes, la rate finit par acquérir un volume considérable et fait saillie dans le ventre sous la forme d'une tumeur indolore, ferme et élastique.

Avec les progrès de la maladie, tous ces symptômes généraux s'aggravent et les hémorrhagies font leur apparition. Elles ne manquent jamais et intéressent la peau sous forme de purpura, les viscères et les muqueuses buccale, nasale, intestinale et vésicale. Dans tous les cas les gencives sont augmentées de volume, molles et blanchâtres au début, elles deviennent rapidement fongueuses au niveau du collet des dents et se recouvrent d'une sanie brunâtre ; spontanément ou sous l'influence du plus petit traumatisme, elles sont le siège d'écoulements sanguins très abondants. L'haleine devient fétide, les dents branlantes, les lèvres œdématisées, la mastication impossible. Les urines sont abondantes et toujours normales.

Après un laps de temps, qui varie de quelques mois à deux ans, la période cachectique se prépare, les hémorrhagies deviennent plus abondantes, les œdèmes se généralisent, la diarrhée survient, la fièvre apparaît, l'amaigrissement fait des progrès et le malade succombe emporté par la cachexie.

Tel est le tableau de la leucémie aiguë, qu'il faut considérer comme le résultat d'une auto-intoxication dont le tube digestif en serait le point de départ ; il s'y élaborerait des albuminoïdes qui agiraient puissamment et d'une façon vicieuse sur les leucocytes et les organes hématopoïétiques. (GILBERT ET WEILL).

Un point sur lequel nous devons insister est l'altération du sang, qui acquiert dans cette maladie une importance capitale, car ce n'est que par son analyse que l'on peut arriver à établir d'une façon certaine le diagnostic.

A l'état normal, le sang de l'homme contient 7.000 leuco-

cytes par millimètre cube ce qui fait environ 1.500 globules blancs par million de globules rouges ou un globule blanc pour 600 globules rouges. Les leucocytes ne se ressemblent pas tous, ils forment plusieurs variétés et sont dans une proportion déterminée, connue sous le nom d'équilibre leucocytaire. Une première variété est représentée par les petits leucocytes mononucléaires ou lymphocytes, qui constituent l'élément le plus important des ganglions lymphatiques; ils sont relativement rares dans le sang normal et ne s'y trouvent que dans une proportion de 2 à 3 %; la seconde variété concerne les grands leucocytes mononucléaires, plus volumineux que les précédents, on les rencontre dans une proportion de 36 %; à une troisième variété appartiennent les leucocytes polynucléaires neutrophiles, dans une proportion de 60 %; enfin une quatrième variété renferme les globules dont le protoplasma renferme des grains qui se colorent fortement à l'éosine, d'où leur nom de leucocytes polynucléaires à grains éosinophiles, et qu'on ne rencontre que dans une proportion de 1 à 2 %.

Cette formule est une moyenne, mais elle reste fixe pour chaque individu; dans le sang normal, la coagulation se fait en dix minutes et l'on obtient un caillot qui est rétractile et du sérum, la quantité d'hémoglobine contenue dans cent parties de sang est de 14 %.

Quelles sont donc les modifications que l'on rencontre chez les leucémiques? Tout d'abord, on trouve à l'examen le nombre des hématies considérablement diminué; cette diminution augmente de jour en jour, si bien que dans une limite extrême, elle peut atteindre un million par millimètre carré; la valeur en hémoglobine est réduite à 1 %. Les leucocytes, au contraire, augmentent dans une proportion considérable et quelquefois telle que le rapport des globules blancs et des globules rouges est égale à 1/1,

ou même 2/1 ; dans d'autres cas, on peut avoir une leucocytose très légère ou même nulle. Comme on le voit, l'équilibre leucocytaire est troublé, et cette perturbation se fait au profit des mononucléaires : les gros et les petits lymphocytes qui se présentent avec un noyau énorme, pauvre en chromaline, remplissant tout le corps cellulaire et limitant le protoplasma à une mince couche ; par contre les polynucléaires diminuent considérablement en nombre. Non seulement altéré dans ses éléments, le sang du leucémique l'est aussi dans ses caractères physiques : il est très fluide et prend un aspect violacé, lactescent, blanchâtre qui le fait comparer à du pus ; il coagule d'une façon normale mais le caillot n'est pas rétractile.

OBSERVATION XIV (*Inédite*) due à l'obligeance de M. le Dr Roussel

Hémorrhagie buccale dans un cas de leucémie

M. X., âgé de 61 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire ni personnel. Il est marié et père de 5 enfants bien portants ; il n'habita jamais un pays de fièvre, on ne trouve chez lui aucune trace de syphilis, ce n'est ni un alcoolique, ni un hémophile. Il y a deux ans, il eût de fréquents épistaxis qui disparurent rapidement et auxquels il n'attacha aucune importance.

Il a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'au mois d'octobre dernier, où il a commencé à éprouver une certaine sensation de fatigue et de faiblesse, qui journalièrement allait en augmentant ; homme très actif, il n'en continua pas moins à vaquer chaque jour à ses affaires.

Malgré le régime reconstituant et le traitement que lui imposa son médecin, l'anémie et un amaigrissement rapide s'installèrent chez lui ; du vertige, de la céphalée, des bourdonnements d'oreilles, de l'essoufflement au moindre mouvement, tels furent les symptômes que présenta le malade à cette période et qui firent porter le diagnostic d'anémie pernicieuse. La maladie continua toujours ses ravages et en décembre apparurent des hémorrhagies buccales qui surprirent le malade et le firent consulter son dentiste.

On se trouve en présence d'un malade bien charpenté et d'un

tempérament robuste ; les téguments sont pâles, exangues, la muqueuse des lèvres, des joues, des gencives et du palais sont décolorées. Le corps ne présente aucune tache purpurique.

La région abdominale ne présente rien de bien particulier, pas de douleurs épigastriques, pas de tumeur ni à l'estomac ni au foie qui paraît normal, il est ni gros, ni irrégulier, la pression n'y réveille aucune douleur. La rate est grosse, appréciable à la percussion et non à la palpation. Le cœur présente à sa base un souffle doux d'anémie, le pouls est régulier, mais mou.

Le poumon respire normalement,

Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Pas de ganglions dans aucune région du corps.

Si l'on examine la cavité buccale, on trouve chez le malade une dentition en parfait état et des mieux soignées ; on remarque en outre de légères hémorrhagies qui se font au niveau de la face interne des joues et des lèvres. Les gencives sont pâles et décolorées et donnent lieu à des écoulements sanguins en différents points que l'on combat par des tampons imbibés d'une solution d'antipyrine.

Ces troubles ne font qu'augmenter journellement, le malade s'affaiblit à un point tel qu'il est obligé de s'aliter le 25 janvier. C'est alors que son médecin fit faire l'analyse du sang, dont voici les résultats :

Richesse en hémoglobine	2.215.000	au lieu de 4 à 5.500.000
Nombre de globules rouges	2.830.000	au lieu de 5 à 5.500.000
Nombre des leucocytes	7.500.	au lieu de 6.500 à 7.000

On ne trouve aucune forme globulaire anormale ; le protoplasme des lymphocytes et mononucléaires est homogène.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires		49	au lieu de 66	chiffre normal.
Lymphocytes		46	»	25 à 28 »
Grands mononucléaires	5	»	5 à 8	»
Eosinophiles		0.3	»	1 à 2 »

Le malade présente donc une anémie du 2^e degré de Hayem.

La lymphocytose est assez accusée sans hyperleucocytose.

Malgré tous les soins les plus assidus, la maladie continue à évoluer, le malade s'affaiblit de plus en plus, la fièvre fit son apparition ; de nouvelles hémorrhagies sous muqueuses se produisirent au niveau du frein et de la face dorsale de la langue, l'amai-grissement, la cachéxie prirent de grandes proportions ; des épistaxis peu abondants il est vrai, mais fréquents, contribuèrent à

aggraver son état d'anémie. Un nouvel examen du sang fut fait le 30 janvier par le Pr. Widal qui trouva :

Sang peu homogène

Coagulation : 2' 35 "

Le caillot est normal, il se rétracte bien, mais le sérum est non opalescent, mais rosé.

Richesse en hémoglobine 38 %.

Nombre des globules rouges 1.772.000.

Nombre des globules blancs 10.500.

La plupart des globules rouges sont de diamètre normal, on trouve quelques globules géants, plusieurs polychromatophiles ;

Formule leucocytaire :

Lymphocytes	1
Mononucléaires nains	3
Petits mononucléaires.	2
Grands mononucléaires.	1
Moyens mononucléaires à protoplasma étroit basophile	28
Myélocytes granuleux neutrophiles	6
» éosinophiles	05
Polynucléaires neutrophiles	53
» éosinophiles.	1
Hématies nucléées	1.5.

Avec le progrès de la maladie, tous les symptômes généraux s'accusent, la faiblesse augmente, l'appétit se perd et le malade est emporté par les progrès incessants de la cachéxie le 25 mars, 4 mois à peine après le début de l'affection.

En présence de tels symptômes, on ne peut poser que le diagnostic de leucémie que viennent confirmer les analyses du sang.

Purpuras.

De toutes les formes de purpuras qui ont été décrites, nous n'en retiendrons que deux qui peuvent nous donner de la stomatorrhagie : le purpura hémorrhagique ou maladie de WERLHOF, et le purpura infectieux, qu'il soit primitif ou secondaire.

La maladie de WERLHOF débute brusquement chez un individu jusque là bien portant, sans prodrome, sans fièvre, sans douleur ; un épitaxis ou une stomatorrhagie en signale souvent l'invasion ; si ces hémorrhagies ne se produisent pas, c'est le hasard qui fait découvrir les ecchymoses cutanées. L'éruption est le principal symptôme de la maladie, elle peut se présenter sous la forme de petites taches punctiformes, mais le plus souvent, et c'est là une importante particularité, elle apparaît sous la forme de vastes ecchymoses sous cutanées, dont les dimensions varient de celle d'une pièce de cinq francs à celle de la main toute entière ; elles marbrent la peau comme des traces de contusions et donnent au malade l'aspect d'un « roué de coups ». Ces ecchymoses pâlisent au bout de quelques jours, prennent une teinte jaune verdâtre et disparaissent en trois semaines. L'éruption se limite particulièrement aux membres inférieurs et sur le tronc, mais elle peut, dans certains cas, couvrir tout le corps. L'hémorrhagie des muqueuses l'accompagne toujours, les plus atteintes sont celles du nez et de la bouche. Si on examine la cavité buccale, les gencives malades nous apparaissent légèrement rouges, mais non pas fongueuses et ulcérées comme

dans le scorbut, en outre, elles ne saignent pas. L'écoulement sanguin vient toujours d'une tache ecchymotique que l'on peut rencontrer sur la voûte palatine, les lèvres, les joues ou la langue.

Pendant tout le temps que dure la maladie, l'état général du sujet reste satisfaisant; il ne présente ni hyperthermie, ni troubles gastro-intestinaux, ni douleur d'aucune sorte. En somme l'affection est bénigne, c'est dans des cas tout à fait exceptionnels qu'elle peut tuer par hémorrhagie externe; sa durée n'excède par trois semaines.

Le purpura infectieux peut être primitif, il apparaît au cours d'états infectieux mal définis, dont l'origine est inconnue; le plus ordinairement il survient au cours de maladies infectieuses bien déterminées : fièvres éruptives, érysipèle, fièvre typhoïde, grippe, d'autrefois, il complique les affections des voies respiratoires, digestives ou urinaires.

Il diffère de la maladie de WERLHOF par la gravité même de ses symptômes; son début peut simuler la fièvre typhoïde, le malade est courbaturé, se plaint de céphalée, il présente de la fièvre et des épitaxis s'accompagnant d'inappétence et de troubles gastro-intestinaux : vomissements, diarrhée ou constipation. C'est au milieu de tous ces prodromes qu'apparaît l'éruption sous forme de pétéchies, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, et se répartissant par groupe de plusieurs sur le tronc, les membres et la face que respecte toujours la maladie de WERLHOF; des hémorrhagies se font de tous côtés, les muqueuses de la bouche, du nez, de l'utérus et de l'intestin peuvent en être le siège. Le pronostic du purpura infectieux est assombri par la suppuration et la gangrène qui peuvent compliquer les tâches.

OBSERVATION XV (*Marfan, Médecine Moderne*).

Maladie de Werlhof.

Il s'agit d'une fillette de 10 ans et demi, qui entre à l'hôpital le 30 mai 1894.

Au sujet de ses antécédents héréditaires, nous avons appris que son père était bien portant et que sa mère était morte d'une affection cardiaque avec albuminurie. Notre malade est née à terme ; elle a été nourrie au sein mais sans aucune règle ; aussi a-t-elle été très malade pendant sa première enfance ; elle n'a marché qu'après deux ans et elle a eu ses dents très tard. Elle a eu la rougeole, la varicelle, et elle a deux ans la diphtérie. Malgré ses atteintes, sa santé générale est restée satisfaisante. Elle est élevée dans un pensionnat qui est dans de bonnes conditions d'hygiène et où on ne se plaint que de sa paresse intellectuelle.

Au mois de mai, on la ramène chez ses parents, parce qu'elle présente de larges taches sur le corps, qu'elle saigne du nez et de la bouche. Elle ne présente d'ailleurs aucun autre symptôme ni douleurs articulaires, ni fièvre, ni troubles digestifs, elle est aussi gaie que d'habitude.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on découvre sur les membres inférieurs et sur le ventre quatre à cinq ecchymoses noirâtres d'énormes dimensions dont quelques-unes sont presque aussi grandes que la main et qui ressemblent tout à fait à des ecchymoses traumatiques. On ne constate ni fièvre, ni aucun symptôme concomitant. On met l'enfant au repos et on lui administre du fer et du quinquina : et au bout de trois semaines, les ecchymoses ayant toutes disparues, on lui permet de se lever.

Mais quelques jours après. le 5 juillet, apparaît sur le flanc droit une plaque ecchymotique grande comme la main ; le surlendemain, une autre se produit qui occupe toute la face dorsale du pied droit ; il n'y a pourtant ni fièvre ni aucun autre symptôme : le 18 juillet se produit une abondante épistaxis qui nécessite le tamponnement des fosses nasales ; puis apparaissent des pétéchies sur la face dorsale du pied gauche et une ecchymose sur la région tibiale ; le 30 juillet une nouvelle épistaxis se produit qui nécessite encore le tamponnement ; le 5 août les genives se remettent à saigner et trois vastes ecchymoses apparaissent sur le genou droit, la face externe du pied et la face dorsale de la main droite ; cette poussée s'éteint vers le milieu de septembre ; pendant tout ce temps l'état général est excellent

et on a administré à l'enfant des pilules renfermant 5 centigrammes d'ergotine et 40 centigrammes de tannin. On permet de nouveau à l'enfant de se lever et le 1^{er} octobre les taches réapparaissent : l'une d'elle siège au genou droit et est attribuée par l'enfant à un traumatisme. Nouvelle rémission, puis nouvelle rechute le 3 novembre, il apparaît alors des ecchymoses au niveau du grand trochanter droit et sur la plante du pied droit et des pétéchie sur la peau du dos et des jambes. On traite cette rechute par l'eau de Rabel. Le 19 novembre tout a disparu, lorsqu'il se produit une énorme ecchymose au niveau du manubrium sternal et des pétéchie au niveau de l'épaule. L'état général a toujours été excellent : jamais l'enfant n'a eu de fièvre. L'examen de la bouche nous montre qu'il n'existe aucune trace des anciennes hémorrhagies, il n'y a ni gingivite, ni stomatite. Le pouls fut toujours normal et l'examen du sang a été normal. Les urines analysées n'ont montré aucune anomalie.

Cette observation a cet intérêt particulier que, au lieu de durer une vingtaine de jours, elle a eu une marche en quelque sorte chronique, ce qui est une chose rare.

OBSERVATION XVI (*Loeper et Grouzon, bull. médical*).

Purpura hémorrhagique par l'adrénaline.

Le lundi 22 Juin on transporte à 4 h. dans le service du Pr Dieulafoy une malade de 32 ans qui rejetait du sang par la bouche d'une façon incessante. Le professeur Dieulafoy l'examine. Les lèvres entr'ouvertes laissent échapper le sang et la salive que la malade crachotait continuellement. On aperçoit au niveau des gencives supérieure et inférieure un écoulement de sang en nappe, écoulement abondant qui réapparaît dès que l'on tamponne la muqueuse. La langue présente sur sa face dorsale une ou deux petites élevures de couleur framboisée, constituées par des épanchements sanguins sous muqueux. Pas de toux, ni expectoration de sang, l'haleine a une odeur âcre, forte, presque fétide.

La malade fut prise subitement la veille, dimanche, après avoir diné, de cette stomatorrhagie, toute la nuit ce saignement a continué sans autre symptôme, pas de frisson, ni vomissements ni céphalée. Le lundi à son entrée à l'hôpital, l'hémorrhagie persiste, tout son corps est couvert de taches, sur les membres supérieurs et inférieurs, sur le tronc. On constate aussi une érup-

tion purpurique de coloration rouge foncé, violacé, de grandeur variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. En certains points, on trouve des ecchymoses de la grosseur d'une pièce de 5 fr. ; l'une siège au poignet droit, l'autre à la face externe du cubitus gauche, et la troisième à la partie antérieure du tibia droit, les ecchymoses sont survenues sans traumatisme apparent. La face est pâle, les lèvres anémiées et décolorées. La malade ne présente pas de température, le cœur et les poumons sont sains.

Dans ses antécédents, on ne relève que trois érysipèles, on ne trouve aucun signe suffisant pour affirmer la néphrite chronique.

On fait à la malade des piqûres d'ergotine, on lui donne de la glace en boisson et on touche les gencives avec une solution d'adrénaline au 1/1000.

Le pronostic est grave par suite de l'hémorrhagie.

Le lendemain et le surlendemain, les hémorrhagies sont aussi abondantes ; la malade vomit la valeur d'une cuvette d'un liquide présentant l'aspect marc de café : il est difficile de dire s'il s'agit là d'une gastrorrhagie ou d'un vomissement de sang provenant de la bouche et dégluti.

L'examen du sang donne les résultats suivants :

Hématies	1.800.000.
Leucocytes	8.400.
Hématies nucléées.	0.
Polynucléaires.	67.
Lymphocytes	33.

la coagulation est normale, mais la rétractilité du caillot est très diminuée.

Le jeudi 25, même état, on donne à la malade pour arrêter les hémorrhagies qui sont plus abondantes que les jours précédents 1 gr. de quinine, trois lavements de sérum et une potion contenant 0 gr. 001 d'adrénaline à prendre en 24 heures. Le résultat est merveilleux, l'écoulement de sang venant des gencives s'arrête presque totalement, la bouche ne contient plus que quelques caillots.

L'examen du sang montre une modification notable dans la leucocytose.

Hématies	1.200.000.
Leucocytes.	15.600
Polynucléaires.	07.
Mononucléaires et lymphocytes.	20.

On continue les jours suivants la potion à l'adrénaline, la malade va de mieux en mieux et après cinq jours, la guérison fut complète. La malade a pris en tout 4 milligrammes et demi d'adrénaline.

Cirrhoses hépatiques.

Les hémorrhagies de la bouche dans les cirrhoses hépatiques ont été pendant longtemps méconnues ; c'est à HANOT que revient l'honneur de les avoir étudiées et, par les mémoires qu'il en a publiées, d'avoir attiré sur elles l'attention du clinicien.

La stomatorrhagie, se rencontre surtout dans les cirrhoses atrophiques ou mixtes et reconnaît des causes différentes ; en dehors des phénomènes de tension sanguine qui sont le résultat de la compression des radicules portes intra-hépatiques, l'altération des vaisseaux y joue un grand rôle. Cette altération se trouve réalisée par l'intoxication sanguine, relevant soit d'un certain degré d'insuffisance du foie, soit de la constitution arthritique du sujet, soit enfin de la cause même de la cirrhose. Les parois des vaisseaux ainsi altérées, s'épaississent, se sclérosent ; l'élément élastique est étouffé sous la prolifération conjonctive et ils ne peuvent plus résister à la pression sanguine qui en triomphe facilement. Si la pathogénie de ces accidents n'est pas encore bien élucidée, le fait clinique n'en est pas moins certain. Les hémorrhagies se font ordinairement au niveau des gencives ; elles peuvent apparaître à toutes les périodes de l'affection mais le plus souvent en marquent le début ou même en sont un signe avant-coureur. Elles font partie des petits signes ou des symptômes de la précirrhose, au même titre que les troubles dyspeptiques, les épistaxis, l'urobilinurie, le prurit, les

crises diarrhéiques ou les œdèmes localisés et constituent un symptôme de la plus haute valeur diagnostique et qui attire immédiatement l'attention, l'écoulement sanguin, est variable ; il peut parfois nécessiter une intervention immédiate.

OBSERVATION XVII (*Leroux, in thèse Paris*)

Hémorrhagie gingivale chez un cirrhotique alcoolique.

Le nommé P., âgé de 54 ans, entre le 10 Mai 1893 dans le service de Hanot.

Les antécédents héréditaires n'ont rien d'intéressant. Dans les antécédents personnels, on relève la syphilis à 20 ans, les fièvres intermittentes contractées en Afrique pendant son service militaire. Pendant tout ce temps-là, il fit des excès alcooliques, buvant en moyenne un litre d'absinthe par jour et de nombreux petits verres de rhum ou de cognac. Depuis une dizaine d'années, il boit cinq absinthes par jour, deux à trois litres de vin et de nombreux petits verres.

De temps à autres, il éprouve des crampes dans les mollets la nuit, et a de la phtuile le matin.

Il y a 6 semaines, il fut pris d'alternative de constipation et de diarrhée, en même temps qu'apparaissaient des hémorrhagies gingivales. Cet état dura un mois et il y a quinze jours, le malade s'aperçoit que son ventre augmente de volume et entre l'hôpital.

A l'examen on trouve : le ventre ballonné, les veines sous cutanées peu développées ; si on palpe l'abdomen, on le trouve dur et tendu, à la percussion, un tympanisme très marqué, de la matité dans les flancs ; pas de sensation de flot. On ne peut délimiter le volume ni du foie ni de la rate.

Les poumons, le cœur, ne présentent rien de particulier ; la langue est bonne, l'appétit est conservé, la diarrhée alterne avec des vomissements.

Le malade est mis au repos, au régime lacté et on lui donne du calomel, sous l'influence de ce régime, l'état général se relève, le ventre devient souple, l'urine augmente de quantité et après un séjour de deux mois à l'hôpital, le malade part amélioré.

Urémie.

L'urémie s'attaque aux voies digestives supérieures, en y produisant de la stomatite et des hémorrhagies ; ces accidents ne se voient habituellement qu'à la période cachectique de la néphrite intersticielle, cependant certains auteurs les ont signalés à la période prodromique.

Au début de l'affection le malade accuse une chaleur intense de toute la bouche ; la muqueuse devient sèche, épaisse, injectée, d'une coloration rose vif, plus tard la langue se recouvre d'un enduit grisâtre, pâteux, d'odeur fade, la salive est rare et gluante. Cet état peut durer pendant quelques jours et disparaître ou bien s'aggraver et s'accompagner d'ulcérations qui n'ont pas de localisation bien spéciale. Elles débutent souvent à la face interne des gencives, au niveau de petites taches purpuriques qu'elles remplacent, puis, de là gagnent les gencives, la face interne des lèvres, la langue et la muqueuse des joues. Toujours indolores elles se présentent sous des aspects différents, tantôt superficielles, rectilignes, allongées ou légèrement incurvées en coup d'ongle d'une coloration gris rosé, tantôt plus profondes, ovalaires ou se rapprochant plus ou moins de la forme circulaire, à fond gris sale recouvert d'une mince couche caséuse qui cache une muqueuse violacée et turgescente.

Les troubles fonctionnels qu'elles occasionnent sont profonds ; l'appétit est nul, les sensations gustatives sont perversies ou détruites, l'haleine est fétide, les ganglions

engorgés gênent la mastication et la rendent très douloureuse, une salivation excessive contribue à épuiser le malade en même temps que des troubles gastro-intestinaux aggravent encore le tableau déjà si noir de cette maladie.

Les ulcérations, sous l'influence du traitement de l'urémie et des soins locaux peuvent guérir lentement, mais elles peuvent aussi s'aggraver, s'étendre et produire des écoulements sanguins qui, lorsqu'ils ne sont pas mortels anémient gravement le malade.

Les hémorrhagies dans l'urémie sont le résultat de la rupture des petits vaisseaux du derme, elles se font jour au dehors par suite de la nécrose des tissus sus-jacents. Les ulcérations ainsi formées s'agrandissent sous l'influence de l'action irritante des poisons urémiques éliminés avec le sang qui suinte à leur surface, et des frottements qui s'exercent à leur niveau au contact des dents.

OBSERVATION XVIII

(P. Dalché et H. Claude, *soc. méd. des hôpitaux*).

Hémorrhagies et ulcérations de la peau et des muqueuses dans l'urémie.

Dans les dernières semaines de l'évolution d'une néphrite scléreuse chronique chez une femme de 38 ans et présentant les symptômes de l'urémie, nous avons vu apparaître des hémorrhagies et des ulcérations de la peau et des muqueuses buccales et linguales qui donnèrent un aspect clinique vraiment particulier à la maladie. Dans la bouche, les hémorrhagies se firent d'abord à la face interne des joues en regard des dernières grosses molaires, au niveau des petites taches purpuriques. A celles-ci succédèrent des ulcérations qui s'épandirent peu à peu, creusèrent des profondeurs, se recouvrirent d'un exsudat diphtéroïde et donnèrent naissance à un suintement sanguin continu. Les ulcérations n'étaient pas douloureuses, leurs bords étaient saillants,

nettement découpés. Il n'y avait pas d'inflammation de la muqueuse buccale. Sur la langue, on voyait sourdre le sang à travers les élevures papillaires formant des sortes de rhajades. Entre les végétations papillaires, on découvrait de petites ulcérations fissuraires par lesquelles le sang s'écoulait. Des taches et des macules purpuriques se montraient sur d'autres parties des téguments, mais, les lésions étaient surtout remarquables au niveau de l'ombilic et de l'anus. L'hémorrhagie se fit tout d'abord dans la profondeur de la dépression ombilicale ; puis on vit deux petites ulcérations qui s'agrandirent progressivement, déplissèrent l'ombilic et atteignirent bientôt le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Enfin à l'anus, on vit également plusieurs petites ulcérations hémorrhagiques qui présentaient les mêmes caractères et étaient surtout remarquables par leurs bords polycycliques et fortement saillants. Leur fond sanieux, atone d'où le sang s'écoulait d'une façon continue, intéressait le tissu cellulaire sous-cutané. La malade succomba après quelques semaines par suite de l'abondance de ces hémorrhagies.

Fièvre jaune.

La fièvre jaune est une maladie exotique, endémique aux Antilles, au Brésil et au Sénégal ; elle peut, comme beaucoup d'épidémies, sévir en Europe, dans les ports de mer qui se trouvent contaminés par les navires ; elle mérite de nous arrêter un instant, car dans ses symptômes on rencontre des hémorrhagies buccales.

Son début est brusque, un individu contaminé par un moustique du genre *stégomya calopus*, est pris subitement d'un grand frisson, de céphalée et de rachialgie ; en même temps que le malade a la figure rouge, les yeux injectés, sa température monte à quarante degrés. La soif est vive, la langue est sale, saburrale, rouge sur les bords, la constipation est opiniâtre, les vomissements sont fréquents et la peau présente une rougeur érythémateuse. Les symptômes s'amendent après trois ou quatre jours, la tempéra-

rature tombe à 38 degrés et l'ictère caractéristique de la maladie fait son apparition ; c'est alors que surviennent les vomissements noirs, le purpura, les hémorrhagies buccales et gingivales. Si l'on examine la bouche, on trouve les gencives grosses, tuméfiées et congestionnées, laissant suinter du sang, et souvent des taches de purpura disséminées au hasard sur la muqueuse. Le hoquet et la carphologie précèdent de peu la mort, qui survient au milieu de ces différents symptômes.

OBSERVATION XIX (*Forest, in Thèse*).

Hémorrhagie dans la fièvre jaune.

W. O... américain non immunisé, 28 ans, en quarantaine depuis le 20 X^{bre} 1900. Le 8 janvier 1901, à 9 heures du soir, on lui fit une injection sous-cutanée de 1 cm³ de sang pris dans la veine céphalique d'un malade précédent, douze heures après le début de l'accès ; la température étant de 39° 1. Pendant les deux jours qui suivirent, le malade resta dans son état habituel. Le 11 janvier à 6 heures du matin, la température était de 37° 5, le pouls à 70 ; il se plaignit d'avoir été en proie à des cauchemars pendant la nuit et en même temps accuse un léger mal de tête. La température continue à augmenter, son pouls devient plus rapide, les yeux sont injectés, la face congestionnée, ce qui indique que le paroxysme de la maladie est atteint. La température est de 39° 5, le pouls à 102. Le malade se plaint de céphalée et de rachialgie. Une rémission se produit au bout de quatre heures et persiste un jour ; elle est suivie d'une seconde ascension très légère. On trouve de l'albumine dans l'urine, le second jour, 17 heures après le début de la maladie. — Pendant 3 jours se reproduisirent des hémorrhagies gingivales. Le malade fut légèrement atteint.

Hémophilie.

L'hémophilie est un état pathologique, caractérisé par une prédisposition congénitale et héréditaire aux hémorrhagies soit spontanées soit provoquées par des traumatismes.

Les premières, peuvent se faire sous l'influence de la moindre cause ; une émotion morale vive peut être le signal d'une manifestation hémorrhagique ; d'autres fois l'hémophile saigne sans que l'on puisse en découvrir la cause. Ces pertes sanguines se font d'une façon subite et peuvent se localiser aux muqueuses, aux séreuses ou à la peau. GRANDIDIER, dans une série d'observations portant sur cent seize sujets trouva trente-deux fois l'hémorrhagie se faisant par la muqueuse buccale ou gingivale.

Les hémorrhagies traumatiques, qu'elles soient le résultat d'une blessure accidentelle ou d'une manœuvre opératoire, revêtent chez les hémophiles un caractère de gravité extrême. Nombreuses sont les observations d'hémorrhagies parfois mortelles, consécutives à une extraction dentaire ou à une lésion de la muqueuse buccale par des parcelles alimentaires un peu dures.

Spontanées ou traumatiques, toutes ces hémorrhagies sont d'origine capillaire, elles se font en nappe en bavant comme « une éponge que l'on comprimerait », G. LION ; il n'y a pas de jet, le sang coule d'une façon continue et très tenace pour amener la mort à brève échéance, si l'on ne parvient pas à l'arrêter.

Comment expliquer cette tendance aux hémorrhagies chez des individus paraissant jouir d'une excellente santé ?

Différentes théories ont été émises : altération de la tunique moyenne des vaisseaux, perturbation dans le système vaso-moteur, insuffisance de la cellule hépatique ; aujourd'hui on se range à l'opinion du P^r HAYEM qui a constaté que les éléments morphologiques du sang chez l'hémophile étaient normaux mais que la coagulation était beaucoup diminuée : « cette altération du sang serait due à une altération chimique du plasma, conséquence d'une auto-intoxication ou d'une toxémie venue du dehors et qui aurait pour effet d'entraîner une perturbation dans la nature des matières albumineuses ».

OBSERVATION XX (*Dommartin, in thèse*).

Hémorrhagie buccale chez un hémophile.

Il s'agit d'un enfant de 4 ans qui, depuis sa naissance, a des hémorrhagies au moindre choc, à la moindre contusion. A chaque instant, il saigne du nez, souvent il saigne de la bouche quand ses gencives sont en contact avec des parcelles alimentaires un peu dures.

Le père est bien portant, 4 autres enfants sont sains ; nourri au sein, notre petit malade a marché à un an et n'a pas souffert du rachitisme.

Il entre à l'hôpital Trousseau en août 1896 pour une stomatorrhagie très intense, incoercible accompagnée de larges ecchymoses sur différents points du corps, cuisses, jambes ; au niveau de la région sous claviculaire gauche, il existe une ecchymose de la largeur d'une pièce de 5 fr. Au bout de deux jours, l'hémorrhagie buccale tamponnée par le perchlorure de fer s'est arrêtée, l'enfant a pris à l'intérieur 20 gouttes de perchlorure de fer. Il est sorti le 6 août guéri, mais non à l'abri de nouvelles poussées.

OBSERVATION XXI (*Résumée*) (Dr. Hémard, médecin principal, Hôpital de Versailles, rapportée par Farabeuf, soc. de chirurgie)

**Hémorrh. consécutive à une extract. de dent ayant nécessité
la ligature de la carotide.**

Le 30 juin 1878 entre à l'hôpital un jeune soldat de 19 ans, qui la veille s'est fait arracher une dent ; la seconde molaire supérieure gauche. L'hémorrhagie qui d'ailleurs s'était arrêtée avait reparu et continuait sans interruption. Le même malade avait eu déjà, il y a 3 ans, à la suite d'une avulsion de dent, une hémorrhagie semblable que le fer rouge seul arrêta. On ne trouve chez lui ni chez ses parents d'accidents d'hémophilie.

Du 30 juillet au 8 août, malgré le tamponnement de l'alvéole avec de la charpie imbibée de l'eau de Pagliari, de perchlorure de fer, malgré deux cautérisations au fer rouge, et toute tentative de compression l'hémorrhagie se reproduisit dix fois consécutives et mit la vie du malade en danger.

Le 8 août, de l'avis de 6 médecins, la ligature de la carotide primitive gauche est décidée. Le malade guérit lentement. Quand il quitta l'hôpital après deux mois de séjour, la plaie opératoire n'est pas entièrement cicatrisée, le retard venant des hémorrhagies continuelles qui s'y produisaient.

Déviations des règles.

Si, pour un motif quelconque, l'écoulement cataménial qui accompagne l'ovulation n'a pas lieu par la voie naturelle, il se produit dans d'autres points du corps et principalement dans ceux où la résistance des vaisseaux est moindre comme les muqueuses de fosses nasales, des voies respiratoires et de la bouche. PŒCH, dans une statistique portant sur deux cents cas, vit vingt fois de la stomatorrhagie.

Toutes les parties de la muqueuse buccale peuvent en être le siège, mais ce sont surtout les gencives, les glandes salivaires et les alvéoles dentaires qui sont le plus affectées. Si la bouche présente un point de moindre résistance dû à une érosion ou une cicatrice, l'hémorrhagie se fera jour à ce niveau, témoin cette malade opérée par VERNEUIL d'un kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne ; l'opération nécessita une incision de la muqueuse du plancher de la bouche ; à l'époque présumée de ses règles la malade fit son hémorrhagie à ce niveau.

Ces déviations s'observent surtout chez les femmes d'un tempérament nerveux et les chloro-anémiques. L'hémorrhagie présente tous les caractères de l'écoulement sanguin cataménial comme qualité, couleur et durée ; elle se produit en même temps que les règles ou à l'époque présumée de leur apparition et finit avec elles. La période terminée, les malades sont soulagées, éprouvent un certain bien être, reprennent leur vie ordinaire jusqu'à l'époque mensuelle suivante.

Ces perturbations peuvent apparaître à tous les âges de la vie génitale, on les rencontre surtout à l'époque de la puberté et de la ménopause. Ordinairement temporaires, elles peuvent être permanentes ; on cite des cas où des femmes ont eu pendant toute leur vie des règles déviées ce qui ne les a du reste pas empêchées d'être fécondées, cette anomalie n'impliquant pas la stérilité, à moins de complications du côté des organes génitaux.

La pathogénie de ces troubles est très simple, il faut y voir une perturbation du système vaso-moteur. Il s'agirait là d'un simple phénomène d'action réflexe par suite duquel le mouvement fluxionnaire empêché du côté de l'utérus aboutirait vers un autre organe.

OBSERVATION XXII (*Brierre de Boismont, de la Menstruation, 1842*).

Femme réglée par la bouche.

Madame P..., femme d'un avoué de la ville de R..., d'une constitution faible n'avait jamais été malade. A l'époque de la puberté, elle éprouva quelques symptômes qui annonçaient l'approche de la menstruation. Mais à son grand étonnement, au lieu de voir l'écoulement périodique se montrer par les voies ordinaires, elle sentit une douleur dans la bouche ; bientôt il se manifesta un gonflement d'une gencive du côté droit. Cette tuméfaction devint le siège d'une exhalation sanguine qui avait tous les caractères du sang menstruel : elle durait deux à trois jours, puis les accidents disparaissaient pour reparaitre le mois suivant.

Quelques années après, Madame P... se maria, et malgré cette route insolite des règles, elle devint enceinte, accoucha d'un fils bien portant ; mais la déviation n'en continua pas moins et jamais les règles ne reprirent leur voie habituelle pendant toute la durée de la vie génitale.

Névroses.

Dans toutes les névroses on peut trouver des hémorrhagies. BOURNEVILLE a signalé celles des muqueuses coïncidant avec du purpura, des ecchymoses conjonctivales, chez des épileptiques au moment des accès ou immédiatement après ; nous ne parlons pas, bien entendu, des morsures de la langue qui sont habituelles et constituent un signe certain de l'attaque. La muqueuse buccale n'est pas étrangère à ces hémorrhagies, mais elle est atteinte moins fréquemment que dans l'hystérie.

À la suite d'une frayeur, d'une émotion, d'une colère, l'hystérique peut perdre du sang par la bouche ; si l'on examine la cavité buccale, nulle part on ne trouve la cause du délit : les gencives, les dents, les joues, le voile du palais sont sains. Ces pertes sanguines ne se font pas subitement, mais sont précédées d'un aura qui se traduit par une envie de vomir ; le sang ne présente aucune altération morphologique, il est de couleur rouge foncé, semblable à du sang veineux ; malgré l'abondance de l'écoulement, qui résiste à tous les efforts thérapeutiques, la santé du malade ne se trouve pas altérée.

Tous les hystériques ne sont pas sujet à ces accidents, on les rencontre plus fréquemment chez les femmes et surtout à l'époque de leurs règles ; à cette période, en effet, leur système nerveux est plus impressionnable, et cette hyperexcitabilité jointe aux causes extérieures (colère, émotion) sont les facteurs les plus importants de ces hémorrhagies.

Pour en expliquer la pathogénie, il faut faire intervenir une altération fonctionnelle des vaso-moteurs : sous l'influence de la névrose, il se produit une paralysie des artérioles, suivie bientôt d'un appel de sang exagéré donnant lieu à une diapédèse abondante qui aboutit à l'œdème congestif, puis à l'hémorrhagie. Le sang extravasé se fraye alors une voie au dehors par le chemin qui lui est le plus favorable : l'orifice des glandes.

On peut observer les mêmes accidents buccaux chez certains névropathes autres que des hystériques ; on ne trouve chez eux aucun stigmate et l'hémorrhagie présente une gravité exceptionnelle, en parfait désaccord avec celle des hystériques qui est toujours très bénigne. LANCEREAUX en a rapporté de curieuses observations que nous consignons.

OBSERVATION XXIII (*Bert, in Thèse*).

Stomatorrhagie chez une hystérique.

La nommée X... 23 ans, entre dans le service du Pr Debove, le 12 Mars 1901. Ses antécédents héréditaires sont peu chargés, sa mère est très nerveuse, mais n'a jamais eu de crises, ses 7 frères et sœurs sont bien portants.

Depuis sa naissance, elle ne fut jamais malade : cette femme enceinte de 4 mois entre à l'hôpital pour des hémorrhagies se produisant par toutes les muqueuses dans les circonstances suivantes :

Le 5 Mars 1901. Après une querelle avec l'un de ses frères, qui lui produisit une grande émotion, car, dit-elle, elle fut obligée de se contenir et ne put donner libre cours à sa colère, survint une métrorrhagie abondante, le médecin mandé vu son état de grossesse crût à une fausse couche et ordonna un traitement ad hoc ; l'hémorrhagie pourtant dura pendant 4 jours et la grossesse continua à évoluer normalement.

Les jours suivants, la malade s'étant levée, survinrent des hémorrhagies nasales, buccales, auriculaires et mammaires. Le sang est rouge foncé, presque noir et en petite quantité, 100 c. c.

Ce rejet de sang par la bouche s'accompagne d'envie de vomir et de sensation de liquide sucré dans la bouche. L'examen objectif de la cavité buccale, pharynx et gencives ne révèle nulle part d'altérations soit dentaires ni pharyngées pouvant être l'origine de ces hémorrhagies.

OBSERVATION XXIV (*Lancereaux, gaz. des hôp.*)

Hémorrhagies névropathiques des voies digestives.

Un archevêque de 54 ans, qui dans sa jeunesse avait eu des hémorrhagies abondantes, était sujet, deux ou trois fois l'année, à une hémorrhagie périodique de la bouche, durant chaque fois un ou deux jours et même plus. Le sang coulait tantôt des gencives, tantôt de l'intérieur des joues et des lèvres.

Un jeune sculpteur, ne présentant aucune tare pathologique héréditaire, à la suite d'un coup sur la tête et d'une vive émotion causée par la crainte de voir tomber et se briser une bibliothèque d'un grand prix qu'il était en train de déménager, fut pris le soir même d'un épistaxis qui se répéta les jours suivants; en outre les gencives et la bouche furent le siège d'hémorrhagies. Trois mois plus tard, il entra à la Pitié dans un état d'anémie intense. Le sang ne contenait pas de leucocytes, les globules rouges étaient pâles, volumineux et arrondis. Quatre jours après son entrée à l'hôpital une épistaxis intense nécessite le tamponnement, la respiration se ralentit peu à peu et le malade meurt dans le coma.

Diagnostic et Pronostic.

Un malade qui saigne par la bouche vient nous consulter, il faut, tout d'abord, rechercher par un examen attentif la source de l'hémorrhagie, puis regarder les caractères du sang rejeté, le mode suivant lequel s'est fait l'écoulement sanguin, de façon à remonter à la cause et à appliquer un traitement convenable qui, dans certains cas, évitera la mort de l'individu.

Voyons les caractères de la stomatorrhagie et différencions-la de l'hémoptysie et de l'hématémèse. Dans la stomatorrhagie le sang s'écoule naturellement, sans effort de toux, sa couleur est noire ou rutilante suivant qu'il provient d'une veine ou d'une artère; il est visqueux, légèrement spumeux et toujours mélangé de salive dans une proportion variable.

Vient-il du poumon? les antécédents du malade, son examen au point de vue des symptômes thoraciques qu'il présente, les conditions dans lesquelles l'hémorrhagie s'est produite : sang rejeté à pleine bouche après une quinte de toux, et présentant une teinte vermeille, son aspect spumeux, serviront de base au diagnostic.

Vient-il de l'estomac? différents prodromes précéderont l'hématémèse, l'épigastre est gonflé, tendu, le malade éprouve à ce niveau une douleur sourde, un sentiment de plénitude et de chaleur, puis surviennent des nausées et des vomissements. Le sang est rendu par des efforts de vomissement et se présente sous différents aspects : il est rouge foncé, non aéré, caillébôté, acide, et mêlé à des

débris alimentaires, s'il a séjourné quelque temps dans l'estomac, il y a subi un commencement de digestion qui lui donne une couleur marc de café ; en outre, les selles noirâtres ou melæna, l'absence de signes stéthoscopiques confirmeront l'hématémèse.

On est certain que l'hémorrhagie vient de la bouche, il faut examiner la cavité pour y découvrir l'endroit du délit : quand un traumatisme aura produit une solution de continuité de la muqueuse assez considérable, le diagnostic ne présentera aucune difficulté : on reconnaîtra de même, avec la plus grande facilité les ulcérations dues aux dents cariées, à la coqueluche, à la section du frein de la langue, à l'épilepsie ou à l'urémie. Il en est de même de la dentition, l'hémorrhagie consécutive à une extraction dentaire ne saurait nous arrêter. L'écoulement sanguin peut venir d'une dent dont la pulpe a été mise à jour par la carie ou une fracture de la couronne, un examen attentif nous tirera d'embarras, tout en nous renseignant sur la nature même de l'écoulement : s'il est dû à une simple lésion des vaisseaux ou à une tumeur de la pulpe elle-même.

Nous découvrirons avec facilité les différentes altérations anatomiques de la muqueuse qui peuvent être incriminées : l'angiome par sa couleur rouge framboise, sa forme arrondie et circonscrite, sa consistance molle et pulsatile, sa réductibilité à la pression ; les papillomes par leur couleur blanc rosé, leur aspect bien spécial en forme de papille ou de verrue ; les varices buccales par leurs contours flexueux, tortueux, leur volume parfois considérable, leur couleur bleue noirâtre, leur consistance molle et non pulsatile, ne peuvent prêter à confusion.

Le malade nous édifiera suffisamment par ses paroles sur l'origine de son hémorrhagie, si elle est consécutive à une absorption médicamenteuse, à un empoisonnement

par le phosphore ou le mercure, ou si elle complique une fièvre éruptive ; dans le premier cas, on trouvera la muqueuse gingivale rouge, boursoufflée et saignante et sur le bord libre des gencives un liseré caractéristique de l'intoxication, dans le second, on aura des ulcérations saignantes pouvant siéger partout sur la muqueuse buccale.

En l'absence de toute lésion locale de la bouche, traumatique, inflammatoire ou autre nous devons rapporter la stomatorrhagie à une affection générale ou à une diathèse, ici le diagnostic est plus délicat et souvent on ne pourra le faire que par exclusion.

Un adulte en pleine santé, présentant des douleurs en ceinture ou dans les membres et des hémorrhagies localisées aux gencives, qui sont non seulement rouges et tuméfiées, mais fongueuses et ulcérées ; chez qui les dents ont perdu leur connexion avec les gencives et sont ébranlées, rendant ainsi la mastication difficile, nous penserons au scorbut. L'état social et le régime de vie de l'individu confirmeront notre diagnostic, surtout si l'on a affaire à un prisonnier, à un marin, à un individu manquant d'hygiène, vivant de privations et de misère.

On rencontrera la maladie de Barlow avec tout son cortège de symptômes, hémorrhagies gingivales, anémie des téguments, troubles gastro-intestinaux, absence de fièvre, pseudo-paralysie et tuméfactions sous-périostées des membres inférieurs qui simulent l'ostéomyélite, chez les enfants en bas âge et chez les nourrissons alimentés exclusivement avec du lait stérilisé ou des farines préparées.

Le diagnostic de la leucémie est des plus complexe, elle peut, en effet, simuler l'anémie par sa décoloration des muqueuses, la faiblesse du sujet, son essoufflement facile, ses vertiges et sa céphalée ; le purpura par ses hémorrhagies de la peau, le scorbut, quand, au début, on ne trouve que

des lésions gingivales ; mais à une certaine période la splénomégalie, l'hypertrophie ganglionnaire et hépatique, l'existence d'hémorrhagies profuses, le mauvais état général et la déchéance physique de l'individu finissent par plaider en sa faveur. Jamais il ne faudra oublier l'examen du sang, qui seul permet d'affirmer la leucémie.

L'éruption de la maladie de Werlhof est tellement nette et caractéristique, qu'elle nous évitera toute erreur ; elle consiste en de larges ecchymoses sous-cutanées marbrant la peau comme des traces de contusions, donnant au malade l'aspect d'un « roué de coups ». Elle débute brusquement, chez un sujet sain et n'offre aucun indice inquiétant. Dans le purpura infectieux, l'éruption prend la forme de pétéchies et tous leurs symptômes présentent plus de gravité.

Dans les petits signes de la cirrhose hépatique et dans la période prodromique ou terminale de l'urémie, la stomatorrhagie est un des symptômes. Dans le premier cas, elle s'accompagne de météorisme, de prurit, d'urobilinurie, de troubles gastro-intestinaux, et d'atrophie du foie ; dans le second, de troubles gastro-intestinaux, d'amblyopie, de modification de la sécrétion urinaire. Il ne faudra pas confondre l'hémorrhagie gingivale de la cirrhose avec celle de la fièvre jaune dont les signes : masque amaril, ictère hémaphéique, fièvre, vomissements sont caractéristiques.

Il est toujours difficile de dépister l'hémophilie et de mettre sur le compte de cette diathèse hémorrhagique l'hémorrhagie d'origine presque toujours traumatique que l'on peut rencontrer. On a bien décrit des signes, auxquels on reconnaîtrait les individus porteurs de cette dangereuse affection, mais ils sont trop vagues pour que l'on puisse en tirer parti. Le caractère grave de l'écoulement sanguin, sa tenacité, sa fréquence, la difficulté que l'on

rencontre à l'arrêter, les antécédents héréditaires ou personnels du sujet permettront d'affirmer cette diathèse.

A la suite d'une légère émotion, une hémorrhagie buccale survient chez une femme en parfaite santé. Cette perte sanguine résiste à tout traitement et n'amène aucun trouble dans la santé générale de la personne : à quoi faut-il l'attribuer ? Si la malade n'est pas une hémophile, seule hypothèse plausible, on pensera à l'hystérie et les signes : ovarie, insensibilité de la cornée, anesthésie pharyngée et cutanée, amaurose, zones hystérogènes que l'on trouvera chez elle, confirmeront notre diagnostic.

En l'absence de tous ces signes, on incriminera l'état névropathique du sujet, dans ce cas on verra l'écoulement sanguin acquérir une gravité exceptionnelle en désaccord avec la bénignité des hémorrhagies hystériques. Si on a affaire à une épileptique, les stigmates de dégénérescence, les crises ou traces de crises antérieures : morsures de la langue, ecchymoses, cicatrices, etc., nous éviteront toute erreur.

Enfin, nous arriverons à reconnaître une hémorrhagie remplaçant les règles ou les complétant par un examen attentif de son mode de production, de sa durée, de ses relations avec l'ensemble des signes caractéristiques du molimen cataménial.

Le pronostic des hémorrhagies de la bouche est des plus variables ; il est subordonné à la gravité de la maladie dont elle est le symptôme, et à la constitution de l'individu.

La nature de l'affection joue un grand rôle dans la destinée du sujet ; la diathèse hémophilique apparaît en première ligne et vient souvent compliquer d'une façon très grave les hémorrhagies de la bouche. Dans la leucémie, le pronostic est toujours sérieux, le fait de poser le diagnostic équivalant à un arrêt de mort à brève échéance ; il est encore sérieux, mais moins grave, dans l'urémie et la

cirrhose hépatique, qui emportent leur malade, mais dans un temps plus éloigné.

Dans les autres affections, le pronostic sera bénin et l'hémorragie disparaîtra avec l'affection dont elle est un symptôme, par une médication spéciale.

Deux facteurs importants, qu'il ne faut pas négliger dans l'appréciation de la gravité de l'hémorragie buccale, sont : la difficulté que l'on peut rencontrer à se rendre maître de l'écoulement dans certains traumatismes, anévrysme de l'artère dentaire inférieure, section du frein de la langue, extraction dentaire, et l'anémie consécutive à la perte sanguine dont certains sujets ont beaucoup de peine à triompher.

Traitement.

Le traitement de la stomatorrhagie ne diffère en rien de celui des hémorrhagies en général, différents moyens ont été employés avec des succès variables ; nous indiquerons donc les principaux, et, pour mettre de l'ordre dans notre exposé, nous envisagerons successivement les procédés de traitement local et les procédés de traitement général.

TRAITEMENT LOCAL. — Quand l'hémorrhagie est d'origine traumatique comme dans les plaies de la langue, des lèvres ou des joues, la *ligature* du vaisseau saignant et la *suture* de la plaie, sont les meilleurs et les plus fidèles moyens d'hémostase. Mais, le plus souvent, on a affaire à une hémorrhagie en nappe, contre laquelle on ne peut agir que par la compression et le tamponnement avec des substances coagulantes qui feront contracter les vaisseaux et donneront naissance à un caillot bienfaisant.

La *compression* se fait ordinairement dans les hémorrhagies qui suivent l'extraction dentaire ; elles sont quelquefois très rebelles et même mortelles ; nous nous arrêterons un peu aux différents moyens que le praticien a à sa disposition pour s'en rendre maître. La compression, dans ce cas, comprend le tamponnement de l'alvéole et la compression sur ce tampon. Avant de tamponner l'alvéole, il faut s'assurer s'il n'y a pas de fracture du rebord alvéolaire, car, dans ce cas, le tamponnement ne servirait qu'à écarter les fragments et, maintenant les vaisseaux béants, entretiendrait l'hémorrhagie. Voyons les différents

moyens d'obturer l'alvéole, nous laisserons de côté les appareils de véritable prothèse que seuls les spécialistes sont capables de faire.

MAGITOT conseillé « d'introduire dans l'alvéole un morceau de liège, taillé suivant la forme de la racine de la dent extraite, ou de réintroduire celle-ci dans l'alvéole. Tous ces moyens sont bons dans les circonstances ordinaires, mais il en est un autre sur lequel nous avons déjà attiré l'attention lors d'une discussion récente à la *Société de chirurgie* sur les hémorrhagies alvéolaires : c'est le tamponnement à la gutta-percha voici comment on procède : Une petite masse de gutta-percha étant ramollie dans l'eau chaude, on y mêle une quantité à peu près égale de charpie oud'ouate, qu'on pétrit ensemble, de façon à faire une matière malléable et fibreuse. On dispose alors, toujours à l'état mou, une sorte de cône qu'on introduit dans l'alvéole, après avoir épongé le sang et les caillots, on le maintient en place pendant quelques instants puis on le retire et on le plonge dans l'eau froide. On a réalisé de la sorte un tampon dur qui représente exactement la forme des racines de la dent extraite ; on l'introduit alors définitivement dans l'alvéole et s'il ne se maintient pas en place par sa forme même, on complète la compression par une autre masse de la même matière superposée à la première, et sur laquelle on fait rapprocher les mâchoires que l'on maintient serrées par une mentonnière. Nous donnons ce procédé comme à peu près infaillible ».

Nombreuses sont les substances que l'on peut employer : le D^r MOREAU dans son mémoire s'exprime ainsi : « Pour constituer l'obturateur, peuvent être employées toutes les matières susceptibles de se mouler sur l'alvéole, celles dont le volume augmente par imbibition ou celles qui peuvent former avec le caillot une espèce de bouchon solide. On emploie plus particulièrement la cire ramollie

et roulée dans un mélange de poudre d'alun et de tannin ; la charpie trempée dans la cire fondue et saupoudrée de plâtre ou d'une poudre styptique, ou même inerte, comme l'amidon ; le plâtre gâché épais pour que la prise en soit plus rapide, les alliages métalliques dont on se sert pour obturer les dents, le liège taillé en cône et introduit avec force dans l'alvéole, l'agaric, l'éponge préparée ou l'ouate en boulettes imbibées d'une teinture résineuse ».

Une fois le tamponnement fait, il faut faire de la compression sur lui, comme le recommandent tous les auteurs autorisés ; différents appareils ont été indiqués, mais le plus pratique et à la portée de tous, consiste en un coin de liège maintenu, soit par les dents voisines de celle qui a été extraite, soit par la mâchoire opposée.

ROSE tamponne l'alvéole avec de la gaze *iodoformée* et applique par-dessus un carré de liège qui présente deux rigoles, l'une qui recouvre le tampon, l'autre les dents de la mâchoire opposée. La hauteur doit être telle que lorsque le malade mord, les dents restent écartées de quelques millimètres. Les mâchoires sont rapprochées à l'aide d'un bandeau. Après six à dix heures on enlève le liège et on laisse encore en place le tampon pendant quatre à cinq jours, puis on l'ôte avec précaution.

TOMES se sert du *matico*. Après avoir fait ramollir la feuille dans l'eau chaude il la coupe en bandelettes d'une largeur égale à la profondeur de l'alvéole vide, puis les roule en forme de cigare, dont le volume doit s'adapter à la capacité de l'alvéole. Avec une pince, il introduit ces boudins jusqu'au fond de l'alvéole en les comprimant le plus possible et en ayant soin de faire pénétrer tout d'abord le bout le moins gros ; une simple mentonnière maintient la pression.

HERMANN emploie la cire *iodoformée*. La méthode est simple : on ajoute dans une cuiller pleine de cire d'abeilles

un à deux grammes de poudre d'iodoforme ; on fait fondre le tout jusqu'à l'apparition de vapeurs violettes d'iode naissant. On trempe alors dans le liquide un tampon de ouate correspondant aux dimensions de l'alvéole et on comprime fortement pendant quelques minutes.

SALX dans deux cas de leucémie a arrêté l'hémorrhagie par le tamponnement à la *gaze imbibée d'une solution de tannin iodoformé* et la compression avec un morceau de liège et une mentonnière.

A l'action physique du tamponnement, on ajoute presque toujours l'action chimique de certaines substances qui déterminent la contraction des vaisseaux ou la formation d'un caillot. A elles seules, ces substances suffisent parfois à arrêter une hémorrhagie légère.

Nombreuses sont les substances employées, voyons les principales. L'action hémostatique de *l'antipyrine* a été observée par HÉNOCQUE, elle arrête très bien les écoulements sanguins capillaires ; on peut l'appliquer soit en poudre soit en solution concentrée au 1/10.

On peut l'associer à d'autres substances A. E. MASCART la mélange au salol et fait grand éloge de cette préparation : il met dans un tube partie égale d'antipyrine et de salol et fond le contenu à la lampe à alcool, jusqu'à ce que le liquide clair prenne une teinte noisette. Ce mélange reste longtemps liquide. Le D^r PARK l'associe avec une solution alcoolique de tannin et obtient une masse gélatineuse qui adhère fortement aux tissus.

La *Ferripyrine* rend de grands services par ses propriétés hémostatiques et analgésiques et a l'avantage de n'être pas caustique ; on peut faire usage de la poudre elle-même ou de la solution au 20 %.

Le *perchlorure de fer* jadis tant employé, doit être banni de la thérapeutique ; il désorganise trop complètement les surfaces en contact desquelles on le met et dé-

termine souvent une eschare. Dans certains cas, il peut avoir des effets à distance et occasionner la mort. HUSEMANN rapporte le cas d'un malade chez qui on avait appliqué du perchlorure de fer sur la lèvre supérieure et la partie alvéolaire de la mâchoire, la même nuit, il eut une embolie cérébrale et mourut.

Le *tannin* peut être employé comme hémostatique dans les hémorragies provenant de petits vaisseaux ; on fait usage de la poudre ou de la solution à 4 ou 5 %.

L'*alun* est employé en poudre que l'on projette sur la surface saignante ou en solution, mais on préfère se servir de l'eau de pagliari qui contient 100 grammes d'alun par litre.

L'*acide chromique* est le meilleur hémostatique pour MAGIOT, il se sert d'une solution composée à parties égales d'eau et d'acide.

L'*adrénaline* est le plus puissant des agents vaso-constricteurs connus, et peut rendre de grands services dans toutes les hémorragies de la muqueuse buccale. On emploie l'adrénaline en solution à 1/1.000 ; un tamponnement ou un simple badigeonnage suffit pour arrêter un écoulement sanguin presque instantanément.

Depuis les travaux de CARNOT sur la *gélatine*, on utilise journellement ses propriétés hémostatiques. La gélatine est, en effet, un hémostatique de premier ordre, il coagule le sang dans le vaisseau lésé et le caillot ainsi formé s'organise rapidement. Certaines observations en ont restreint l'usage, car on avait constaté que certaines gélâtines renfermaient le bacille tétanique et que les malades succombaient au tétanos ainsi inoculé ; mais ces accidents ne sont pas à redouter si on se sert de gélâtines recueillies dans de bonnes conditions et bien stérilisées. Pour éviter toute méprise, on peut faire usage de gélatine spéciale ; l'ichtyo-colle qui provient de la vessie natatoire de l'estur-

geon. Les solutions les plus courantes sont à 5 et 10 %; leur préparation est des plus simples : on se sert d'eau ou mieux de sérum physiologique dans lequel on fait dissoudre 5 ou 10 grammes de gélatine, on stérilise à deux reprises différentes à une température de 100 degrés pendant un quart d'heure ; il ne faut pas dépasser cette température, car la gélatine perdrait son pouvoir gélifiant. Il est utile d'incorporer à la solution, un antiseptique, car le produit étant un milieu favorable pour les cellules, l'est également pour les microbes qui pourraient déterminer des affections locales ; quelques gouttes d'une solution phéniquée suffisent. Avec ces précautions élémentaires aucun accident n'est à redouter.

Pour l'usage, on fait liquéfier la solution au bain-marie, puis on imbibé un fragment de ouate; de la solution tiède à la température du corps, que l'on applique sur le point saignant ; au bout de quatre à cinq minutes on constate la formation d'un caillot. M. CARNOT a réussi à arrêter avec ces solutions des hémorrhagies en nappe, des écoulements sanguins consécutifs à des ruptures de varices; son emploi nous sera tout indiqué après les extractions pénibles, et dans toutes les interventions sur les joues, gencives ou palais.

Le *penghawa yambi* hémostatique jadis employé et tombé dans l'oubli, a été remis en honneur par Lubet-Barbon qui s'en sert beaucoup en rhinologie. Constitué par les poils qui naissent sur un certain nombre de fougères, il se présente sous la forme de touffes ; ces poils longs de 1 à 2 centimètres, d'une couleur brune, présentent une cavité qui ne contient que de l'air et quelques gouttes d'essence. Mis au contact d'un point saignant, le *penghawa-yambi* absorbe le sérum sanguin et produit une hémostase instantanée. Il peut rendre de grands services en stomatologie ; dans les hémorrhagies alvéolaires, son usage est précieux et toujours efficace.

Le Pr Hayem conseille, lorsqu'on se trouve en présence d'un hémophile, l'emploi *du calorique* ; il rapporte plusieurs observations où l'élévation de température à 50 degrés rendit au sang hémophilique sa coagulation normale.

D'autres auteurs préconisent l'emploi de *la glace* qui réussit dans quelque cas, ou l'emploi successif de la chaleur et du froid. Voici comment procède ANDRIEU : « Nous remplissons d'eau, aussi chaude que la bouche peut l'endurer, un grand verre et nous prions le malade de l'épuiser très rapidement en se gargarisant à l'endroit où le sang coule. La chaleur amène forcément la turgescence des vaisseaux de la région et augmente momentanément l'afflux du sang. Immédiatement après nous versons dans un grand verre d'eau glacée, ou seulement très froide, deux à trois cuillerées d'esprit de vin et nous engageons le patient à épuiser rapidement en se gargarisant, ce verre d'eau froide. La réaction s'opère et presque instantanément l'hémorrhagie s'arrête pour ne plus reparaître. »

L'emploi du *thermo-cautère* est d'un usage fréquent, mais il est sujet à méprise. L'hémostase peut se faire rapidement, mais il faut toujours craindre que le sang ne recommence à couler quand l'eschare se détache, ce qui augmente encore l'étendue de la surface saignante. Pour MAGITOT « l'emploi du fer rouge ne réussit jamais, si pour un moment l'hémorrhagie semble s'arrêter elle reparaît bientôt et avec plus d'intensité. » Il faut, d'après LUIGI, s'en abstenir complètement chez les hémophiles.

Enfin les *boissons acidulées*, les limonades tartriques, citriques, sulfuriques, l'eau de Rabel, l'eau vinaigrée sont quelquefois employées à cause de leur vertu hémostatique, mais elles sont, en général, impuissantes à arrêter une hémorrhagie même légère.

Signalons même dans le traitement local, la *révulsion*

sur le foie. VERNEUIL l'utilisa avec succès dans plusieurs cas d'épistaxis rebelles ; il faisait la révulsion par un large vésicatoire volant appliqué sur la région hépatique, à l'appui de cette médication, il cite trois cas de guérison. Aujourd'hui, on fait une révulsion lente et prolongée au moyen de douches, de ventouses ou de cataplasmes sinapisés. On trouve dans les mémoires de VERNEUIL une observation de M. POLAILLON, d'une hémorrhagie consécutive à une extraction dentaire, qui ne cessa que par l'application d'un vésicatoire sur la région du foie ; il ne faudra donc pas négliger son usage qui pourra rendre des services le cas échéant.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.— A côté de ces substances qui agissent directement sur le point saignant pour y provoquer une vaso-constriction ou la formation du caillot, il en est d'autres que l'on peut administrer au malade à l'intérieur, dans le but de favoriser le processus naturel de la coagulation.

Le sulfate de quinine à dose faible, 50 centigrammes à 1 gr. a rendu quelquefois service. VERNEUIL a pu arrêter de cette façon une hémorrhagie dentaire qui avait résisté aux modes de traitement les plus actifs. Il faudra en faire usage, si le malade a habité un pays à malaria, qu'il ait ou non des manifestations d'infection paludéenne.

L'ergotine peut être administrée à la dose de 1 à 3 grammes en potion ou en injection hypodermique ; mais les résultats qu'elle donne sont aléatoires et ses effets infidèles ; il en est de même du perchlorure de fer (XV à XXX gouttes en potion).

M. SOKOLSKI a traité trois malades atteints de maladies de WERLHOF par l'*hydstis canadensis* et obtint une guérison graduelle, on peut utiliser l'extrait fluide, XXXX gouttes, ou la teinture, XX gouttes, en trois fois dans une potion.

L'*hamamélis virginica*, par sa propriété d'agir sur la contractilité de la tunique musculaire des veines, a été employée, mais son action est des plus douteuses.

TROUSSEAU a préconisé la *poudre d'ipéca*, à dose de 0 gr. 10 toutes les demi-heures, jusqu'à concurrence de 2 à 3 grammes par jour, il agirait soit en faisant contracter les vaisseaux soit en abaissant la pression sanguine.

REVERDIN, de Genève, se sert beaucoup du *sulfate de soude*, à la dose de 0 gr. 10 toutes les heures, dans les hémorrhagies graves, traumatiques, spontanées et même chez les hémophiles.

Le P^r GILBERT administre l'*extrait hépatique*, à la dose de 5 à 10 grammes par jour ; cette médication est surtout indiquée dans les hémorrhagies des hémophiles qui sont dûes à une insuffisance hépatique.

Enfin, nous arrivons à trois médicaments, sur lesquels on peut compter et dont les effets sont souvent très efficaces : le chlorure de calcium, la gélatine et l'adrénaline.

L'emploi du *chlorure de calcium*, qui agit en augmentant la coagulabilité du sang est rationnel, sa solubilité dans l'eau, sa faible toxicité, son absorption rapide, lui assurent une place importante parmi les médicaments hémostatiques. CARNOT a montré, que sous son influence la coagulabilité du sang augmentait d'une façon très rapide ; avec des doses faibles, il atteint son maximum d'effet au bout de huit à dix jours. On le donne à la dose journalière de deux à quatre grammes dans une potion avec du sirop d'écorces d'oranges amères ; le P^r Albert ROBIN lui associe le sirop d'opium à cause de l'intolérance de certains malades à ce médicament. On a essayé de l'administrer en injections hypodermiques, mais elles sont sans avantage et très douloureuses. Le D^r WALLIS, chirurgien-dentiste, assistant à King's collège hospital de Londres, l'utilisa chez une malade pour prévenir une hémorrhagie consécutive à une extrac-

tion dentaire : Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-cinq ans, hémophile, chez qui l'extraction d'une dent provoqua un écoulement sanguin, qui dura trente-six heures. Comme la dentition de cette malade se trouvait dans un si mauvais état, et que l'avulsion de toutes ses dents cariées s'imposait en raison des troubles dyspeptiques auxquels cette femme était sujette, le Dr WALLISSE demanda s'il ne pourrait pas éviter l'hémorrhagie qu'il redoutait, en augmentant au préalable la coagulabilité du sang. Pour cela, il administra à la malade, pendant une huitaine de jours, du chlorure de calcium, à dose faible. Après ce laps de temps, il enleva une incisive sans enregistrer le moindre écoulement sanguin ; il continua l'usage du médicament et put de la sorte extraire, en plusieurs séances, tous les chicots sans hémorrhagie.

La gélatine, n'a pas seulement une action locale de premier ordre, que nous avons déjà signalée, mais aussi une action générale ; son usage augmente la coagulabilité du sang et facilite ainsi l'oblitération spontanée des vaisseaux. On l'administre par la voie hypodermique ou digestive ; dans le premier cas, on se sert d'une solution de gélatine de 1 à 5 % préparée comme il a été dit, que l'on fait tiédir au bain-marie et que l'on injecte, suivant les préceptes ordinaires, dans le tissu cellulaire de l'abdomen ou de la cuisse ; la dose à injecter varie de 20 à 100 centigrammes. LANCEREAUX emploie la formule suivante : eau distillée : 100, chlorure de sodium et gélatine : 1 gramme ; l'injection est parfois douloureuse et suivie d'une rougeur locale et de fièvre qui disparaissent assez rapidement. Par voie gastrique on la donne à des doses plus considérable ; le Dr HESSE fit prendre de la gélatine à un hémophile sujet aux hémorrhagies gingivales, aux épistaxis et, pendant six mois, à la dose de 200 grammes d'une solution gélatinée à 10 %, additionnée de suc de

framboise ou de citron. Rocchi, de Rome, l'administre par voie rectale, il se sert d'une solution à 20 % et aurait obtenu de bons résultats dans des cas très graves.

L'adrénaline, peut être employée à l'intérieur ; le P^r. DIEULAFOY fit prendre 0 gr. 001 d'adrénaline dans une potion pendant quatre jours, (voir observation XVI) à une malade et arrêta ainsi une stomatorrhagie rebelle à tous les traitements ordinaires et qui aurait amené la mort. On peut également l'employer en injection hypodermique. On injecte un centimètre cube d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1/10.000. A la suite d'une vaso-constriction intense provoquée par ce médicament, il se produit une phase de vaso-dilatation qui favorise souvent le retour de l'hémorrhagie, aussi ne doit-on l'employer qu'en cas d'urgence, et après l'échec des autres agents thérapeutiques.

Le P^r Albert ROBIN préconise l'usage des ferments, or, argent ou platine.

Leur emploi lui a très bien réussi dans un cas de purpura avec hémorrhagies gingivales.

Enfin, citons l'action hémostatique du *sérum artificiel*, dont l'emploi ne sera pas à négliger, le cas échéant. Sous son influence, le sang augmente de coagulabilité et le caillot se forme avec plus de facilité. On peut l'administrer, par la voie sous cutanée ou en lavement.

En même temps que l'on traitera le symptôme hémorrhagie, il faudra appliquer une thérapeutique spéciale à l'affection qui lui a donné naissance. Dans tous les cas de stomatorrhagie, l'alimentation du malade sera particulièrement soignée ; les aliments liquides auront la préférence sur les solides qui, nécessitant des mouvements de mastication, pourraient gêner la formation du caillot bien-faiteur.

CONCLUSIONS

La stomatorrhagie est l'hémorrhagie provenant des vaisseaux qui président à la nutrition des différentes parties de la cavité buccale.

Elle peut reconnaître les conditions étiologiques des hémorrhagies en général ; être consécutive à toutes les plaies d'origine accidentelle ou chirurgicale ; être le résultat d'une altération anatomique de la muqueuse buccale ; compliquer certaines maladies infectieuses, certaines intoxications, ou enfin dépendre d'une diathèse hémorrhagique ou nerveuse.

Le pronostic est variable ; sa gravité est subordonnée à l'intensité de l'écoulement sanguin et à l'affection dont elle dépend ; généralement bénin, dans la plupart des cas, il est sérieux dans la leucémie et l'hémophilie.

En même temps que l'on traitera le symptôme hémorrhagie par les procédés ordinaires ; il faudra appliquer au malade une thérapeutique spéciale, en rapport avec l'affection qui lui a donné naissance.

Vu, Le Président de thèse.

Albert ROBIN

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu, et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUVERT. — Hémorragies dans le mal de Bright (*Thèse de Paris*, 1878).
- ALLALYS. — Emploi du penghawa yambi comme hémostatique. (*Revue de stomatologie*, 1906).
- BRETON. — Hémorragies dans la grippe. (*Gazette des hôpitaux*, 1904).
- BARIÉ. — Stomatite urémique. (*Archives générales de médecine*, 1889).
- BARIÉ ET SALMON. — Leucémie à forme hémorragique. (*Société médicale des hôpitaux*, 1903).
- BERT. — Des hémorragies hystériques. (*Thèse de Paris*, 1900).
- BOSSU. — Des hémorragies fricoses dans les cirrhoses héptiques. (*Thèse de Paris*, 1894).
- BOURNEVILLE. — Des hémorragies de la peau et des muqueuses dans l'épilepsie. (*Progrès médical*, 1902).
- BRIÈRE DE BOISMONT. — De la menstruation. (*Thèse de Paris*, 1842).
- BROCA (Aug). — Scorbut des nourrissons ou maladie de Barlow. (*Gazette des hôpitaux*, avril 1907).
- CARNOT. — Etude de l'action hémostatique de la gélatine. (*Société de biologie*, 1892).
- CHARIZIEUX. — Hémorragie profuse d'une tumeur pulpaire. (*Revue de stomatologie*, 1906).
- CHAUTEMPS. — Des hémorragies dans les cirrhoses héptiques. (*Thèse de Paris*, 1874).
- CHAUFFARD ET RENDU. — Angiome de la cavité buccale. (*Société médicale des hôpitaux*).
- CHOMPRET. — Essai sur les gingivites infectieuses. (*Thèse de Paris*, 1895).
- CHOMPRET. — Un cas de leucémie. (*Revue de stomatologie*, 1906).
- DALCHÉ ET CLAUDE. — Hémorragie et ulcérations de la peau et muqueuse dans l'urémie. (*Société médicale des hôpitaux*, 1903).
- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique, voir article, langue, bouche, lèvres.
- DELACROIX. — Leucémie aiguë. (*Thèse de Paris*, 1904).
- DELESTRE. — Des accidents causés par l'extraction des dents. (*Thèse de Paris*, 1870).
- DESPLATS ET FAIDHERBE. — Angiome grave de la langue. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 1905).
- DODET. — Hémorragies dans l'urémie. (*Thèse de Paris*, 1900).
- DOMMARTIN. — Hémophilie. (*Thèse de Paris*, 1903).

- DUBOIS-DELAMOTTE. — Du diagnostic différentiel des hémorrhagies de la bouche. (*Thèse de Paris*, 1851).
- EMÉRIC. — Papillomes de la cavité buccale. (*Thèse de Lyon*, 1900).
- FERRIER. — Varices buccales. (*Revue de stomatologie*, 1896).
- FOREST. — De la fièvre jaune. (*Thèse de Paris*, 1903).
- FREY. — De l'hémostase en chirurgie dentaire par la gélatine. (*Revue de stomatologie*, 1897).
- GARDAVOT. — Leucémie. (*Thèse de Paris*, 1902).
- GAUGAM. — Contribution à l'étude de la maladie de Barlow en France. (*Thèse de Paris*, 1901).
- GEORGESCO. — Du scorbut, épidémie observée pendant le siège de Paris. (*Thèse de Paris*, 1872).
- GILBERT ET WEILL. — Contribution à l'étude des leucémies aiguës. (*Archives de médecine expérimentale*, 1899 et 1904).
- GOBINET. — Le chlorure de calcium dans les hémorrhagies. (*Thèse de Paris*, 1901).
- GOUGET. — Sur un cas de leucémie splénomédullaire. (*Société médicale des hôpitaux*, 1903).
- GRANDIDIER. — Die hémophile oder die bluterkraukung. (*Leipzig*, 1855).
- GRELLETY-BOSVIEL. — Des gingivites. (*Thèse de Paris*, 1889).
- GREEN. — Leucémie. (*Thèse de Paris*, 1900).
- GUÉNARD. — Hémorrhagies consécutives à l'extraction des dents. (*Thèse de Paris*, 1876).
- GUÉRIN. — Etude clinique de la bouche dans la rougeole. (*Thèse de Paris*, 1903).
- HANOT. — Considérations sur les cirrhoses hépatiques. (*Semaine médicale*, 1893).
- JOLLY. — Numération des différentes variétés de globules blancs du sang. (*Archives de médecine expérimentale*, 1896. et *société biologique*, 1897).
- JOSSERAND. — Hémorrhagie dans l'hystérie. *Lyon, médical*, 1893.
- JOSSERAND. — Anémie grave par angiomes milliaires des muqueuses. (*Bulletin de la société médicale des hôpitaux. Lyon*, 1902).
- LADÈVÈZE. — Cas de purpura hémorrhagique grave. (*Lyon médical*, 1903).
- LANCEREAUX. — Hémorrhagies névropathiques des voies digestives. (*Gazette des hôpitaux*, 1900).
- LAW. — Pemphigus hémorrhagique. (*Revue de laryngologie*, 1897).
- LEHADELAY. — Du diagnostic différentiel des hémorrhagies de la bouche. (*Thèse de Paris*, 1845).
- LE MARQUAND. — De la stomatorrhagie. (*Thèse de Paris*, 1815).
- LEROUX. — Contribution à l'étude des cirrhoses hépatiques. (*Thèse de Paris*, 1893).
- LEROUX. — Stomatite pemphigoïde hémorrhagique consécutive à l'absorption d'un gramme d'antipyrine. (*Journal de clinique et thérapeutique infantile*, 1897).
- LÉPER ET CROUZON. — Purpura hémorrhagique traité par l'adrénaline. (*Bulletin médical*, 1903).
- LORREY. — Hémorrhagies supplémentaires des règles. (*Thèse de Paris*, 1875).

- LOTTE. — Du diagnostic différentiel des hémorrhagies qui se font par la bouche. (*Thèse de Paris*, 1894).
- LUTAUD. — Hémorrhagies multiples chez un enfant nouveau-né. (*Bulletin de la société de médecine pratique*, Paris, 1886).
- MANON. — Varices de la bouche. (*Thèse de Bordeaux*, 1893).
- MAGITOT. — Mort par hémorrhagie consécutive à l'extraction d'une dent chez un nouveau-né. (*Gazette des hôpitaux*, mai 1896).
- MARFAN. — Maladie de Werlhof. (*Méd. moderne*, 1895).
- MASSON. — Angiome de la joue. (*Bulletin de la société anatomique*, 1904).
- MÉRY. — Purpura rhumatoïde. (*Revue internationale de médecine et chirurgie*, 1904).
- » — Purpura rhumatoïde chez l'enfant. (*Journal de médecine interne*, 1902).
- MICHEL. — Gingivites des femmes enceintes. (*Thèse de Nancy*, 1897).
- MONTFORT. — Pemphigus des muqueuses des voies digestives. (*Thèse de Bordeaux*, 1902).
- MORA. — Hémorrhagies dans l'hystérie. (*Thèse de Paris*, 1880).
- MOREAU. — (*Archives générales de médecine*, 1873).
- OVIZE. — Hémorrhagie très grave produite par une tumeur de la pulpe. (*Revue de stomatologie*, 1903).
- PAQUET. — Purpura au cours d'un rhumatisme aigu. (*Écho médical du Nord*, 1904).
- PETIT. — Contribution à l'étude du scorbut. (*Thèse de Paris*, 1890).
- PINARD. — Stomatites des femmes enceintes, 1877, Paris.
- POULAIN. — Stomatite impétigineuse dans l'enfance. (*Thèse de Paris*, 1892).
- RAYSSAC. — Hémorrhagies supplémentaires des règles. (*Thèse de Paris*, 1875).
- RENARD. — Diagnostic différentiel des hémorrhagies qui se font par la bouche. *Thèse de Paris*, 1847).
- ROCHO. — Angiome médian de la langue. (*Revue de stomatologie*, 1905).
- ROSE. — Un cas de déchirure de l'artère et nerf dentaire inférieur à la suite d'une extraction de dent. (*Münchener médical Wochenschrift*, oct. 1893).
- ROSENTHAL. — Hémorrhagies consécutives à l'extraction des dents. (*Thèse de Nancy*, 1896).
- RUFZ. — Anévrysme de l'artère dentaire inférieure. (*Moniteur des hôpitaux*, 4^e année, t. I).
- SAMSON. — Purpura hémorrhagique. (*Gazette médicale de Nantes*, 1904).
- SAUVEZ. — De l'emploi de l'extrait de capsules surrénales dans la chirurgie dentaire. (*Revue de la société d'odontologie*, 1902).
- SIFFRE. — Hémophilie dans l'alvusion des dents (*Revue d'odontologie*, Paris, 1897).
- SIMON. — Scorbut infantile. *Thèse de Paris*, 1902).
- SIMON. — Hémophilie. *Thèse de Paris*, 1874).
- SORTAIS. — Contribution à l'étude du purpura. (*Thèse de Paris*, 1895).
- WALLIS. — Emploi du chlorure de calcium dans les hémorrhagies dentaires. *Semaine médicale*, 1902.

VALLET. — Stomatite ulcéro-membraneuse dans la rougeole. (*Thèse de Bordeaux*, 1895).

VARIOT. — Du scorbut. ((*Bulletin médical*, 1888).

VERNES. — Du scorbut. — (*Thèse de Paris*, 1895).

WERMEILLE. — Stomatite et rhinite dans la rougeole. (*Thèse de Paris*, 1894).

